



**UnB**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Faculdade de Direito

**A POLÍTICA DE PROMOÇÃO DO PARTO NORMAL NA REDE SUPLEMENTAR  
DE SAÚDE SOB A ÓTICA DA ANÁLISE JURÍDICA DA POLÍTICA ECONÔMICA:  
Uma análise interdisciplinar do Programa Parto Adequado**

**Lucas Cavalcante Noé de Castro**

Brasília

2018

**Lucas Cavalcante Noé de Castro**

**A POLÍTICA DE PROMOÇÃO DO PARTO NORMAL NA REDE SUPLEMENTAR  
DE SAÚDE SOB A ÓTICA DA ANÁLISE JURÍDICA DA POLÍTICA ECONÔMICA:  
Uma análise interdisciplinar do Programa Parto Adequado**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado à Faculdade de Direito da  
Universidade de Brasília como requisito  
parcial para obtenção do título de Bacharel  
em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Marcus Faro de  
Castro

Brasília  
2018

**Lucas Cavalcante Noé de Castro**

**A POLÍTICA DE PROMOÇÃO DO PARTO NORMAL NA REDE SUPLEMENTAR  
DE SAÚDE SOB A ÓTICA DA ANÁLISE JURÍDICA DA POLÍTICA ECONÔMICA:  
Uma análise interdisciplinar do Programa Parto Adequado**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado à Faculdade de Direito da  
Universidade de Brasília como requisito  
parcial para obtenção do título de Bacharel  
em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Marcus Faro de  
Castro

Apresentado em 15 de junho de 2018

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professor Dr. Marcus Faro de Castro

---

Professor Dr. Othon de Azevedo Lopes

---

Me. Adriano Cardoso Henrique

---

Mestranda Elvira Carolina Moreira de Rezende  
(Suplente)

Brasília  
2018

## **AGRADECIMENTOS**

O presente Trabalho de Conclusão de Curso marca o encerramento da minha graduação em Direito na Universidade de Brasília. Nesta oportunidade, gostaria de expressar meus agradecimentos a todos que contribuíram com minha formação.

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais, Marcus e Priscila, pelo suporte e carinho durante toda minha vida, além da constante torcida por minhas conquistas. Agradeço ao Davi pelo companheirismo e pelas ideias que sempre ofereceu.

Agradeço aos meus avós, Noé e Maria, pelo terno acolhimento em diversos momentos. Guardo comigo as suas grandes histórias de vida. À minha madrinha Rosana pelo cuidado e orientação. Ao restante da Família Cavalcante pelo constante apoio. Aos membros da Família Castro, em especial ao Marcelo, à Nilva, à Thaís e ao Caio, pelas interessantes conversas e relatos, que sempre me incentivaram a buscar o conhecimento.

E não há como esquecer dos grandes amigos que fiz neste curso de graduação. Agradeço ao Igor, ao Juan, à Débora, ao Leonardo, ao Mila, à Nicolle, ao Bolelli, à Ana Luisa, à Ana Flávia, ao Brian, à Gabi, à Najara, ao Vinícius, ao Gui, ao Vilas, ao Cascais, à Marcelle e aos tantos outros amigos da Turma 110, pelas aulas, reuniões e outros tantos momentos prazerosos compartilhados. Da mesma forma, agradeço aos amigos dos estágios por onde passei.

Também sou grato por ter participado da Olímpia (Atlética da Faculdade de Direito) e do Veredicto. Tenho imensa consideração pelos membros destes projetos.

Por fim, tenho de expressar minha gratidão ao caro Professor Marcus Faro por me orientar neste trabalho com exímia sabedoria e paciência. Os ensinamentos ofertados e a leitura atenta foram fundamentais para a construção desta monografia.

## RESUMO

O objetivo do presente trabalho é demonstrar a aplicação da Análise Jurídica da Política Econômica (AJPE) ao Programa Parto Adequado (PPA), implementado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar desde o ano de 2015. A Análise Jurídica da Política Econômica se mostra como uma alternativa às tradicionais abordagens jurídicas de cunho formalista, oferecendo meios de aferir a fruição de direitos subjetivos em determinado contexto para, em seguida, propor reformas às políticas públicas relevantes. Tal abordagem foi aplicada ao PPA. Este programa possui o objetivo de promover as práticas obstétricas que valorizem o parto normal em hospitais da rede suplementar de saúde. Com o emprego da abordagem preconizada pela AJPE, o trabalho teve o objetivo de apurar, em termos empíricos, o usufruto do direito à saúde das parturientes atendidas pelos hospitais da rede suplementar de saúde. Em um primeiro momento, o trabalho apresenta uma revisão bibliográfica de estudos da literatura médica e antropológica sobre as determinantes não-clínicas da prevalência das cesarianas em hospitais. Em seguida, a monografia expõe o contexto, os pressupostos e as propostas da AJPE. Por fim, o método analítico denominado Análise Posicional, da AJPE, é aplicado ao PPA, cobrindo o período de 2015 a 2017. A análise expõe algumas limitações do PPA e propõe possíveis reformas para que se atinja a fruição satisfatória do direito à saúde pelas beneficiárias dos serviços da assistência privada obstétrica de saúde, titulares do direito à saúde. Trata-se, portanto, de uma demonstração da aplicação de uma abordagem jurídica interdisciplinar com potencial para propor reformas de políticas públicas.

Palavras-chave: Política Pública. Saúde. Parto normal. Análise Jurídica da Política Econômica.

## **ABSTRACT**

The objective of the present study is to demonstrate the application of the Legal Analysis of Economic Policy (LAEP) to the Parto Adequado Program (PAP), implemented by the National Agency of Supplementary Health since 2015. The Legal Analysis of Economic Policy is shown as an alternative to traditional legal approaches of a formalist nature, offering a means of finding the enjoyment of subjective rights in a certain context and then proposing reforms to relevant public policies. This approach was applied to the PAP. This program aims to promote obstetric practices that value normal childbirth in hospitals of the supplementary health network. Using the approach advocated by the LAEP, the objective of this study was to empirically investigate the enjoyment of the right to health of parturients attended by hospitals of the supplementary health. At first, the paper presents a literature review of studies of the medical and anthropological literature on the non-clinical determinants of the prevalence of cesarean sections in hospitals. Then, the study presents the context, assumptions and proposals of the LAEP. Finally, the analytical method called LAEP's Positional Analysis is applied to the PAP, covering the period from 2015 to 2017. The analysis exposes some limitations of the PAP and proposes possible reforms to achieve the satisfactory enjoyment of the right to health by beneficiaries of private obstetric health care services, holders of the right to health. It is, therefore, a demonstration of the application of an interdisciplinary legal approach with the potential to propose public policy reforms.

**Keywords:** Public Policy. Health. Normal birth. Legal Analysis of Economic Policy.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Fatores da prevalência de cesarianas.....	25
Tabela 2: Intervenções.....	25
Tabela 3: Valores do IFE do PPA (S) .....	54
Tabela 4: Valores do PVJ.....	58
Tabela 5: Comparação entre os valores do IFE do PPA (S) e PVJ.....	59

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Uso de métodos não farmacológicos .....	47
Gráfico 2: Modelo de remuneração adotado pelas operadoras antes do PPA.....	48
Gráfico 3: Modelo de remuneração adotado pelas operadoras durante o PPA.....	49
Gráfico 4: Porcentagem de operadoras que credenciaram enfermeiras obstétricas.....	49
Gráfico 5: Taxa de partos normais em gestações de mulheres dos grupos I a IV da classificação de Robson .....	50
Gráfico 6: Taxa de internações em UTI de nascidos vivos ( $\geq 2.500\text{g}$ ) sobre o total.....	51
Gráfico 7: Taxa de eventos adversos para cada 1000 nascidos vivos.....	52
Gráfico 8: Grau de satisfação com a equipe.....	53
Gráfico 9: Grau de satisfação com o hospital.....	53



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	10
CAPÍTULO 1. FATORES NÃO-CLÍNICOS QUE INFLUENCIAM A PREVALÊNCIA DE CESARIANAS .....	13
1.1. O problema da prevalência de cesarianas .....	13
1.2. Elementos para uma reforma da política de promoção do parto normal .....	15
1.2.1. O profissional médico e a falta de informações sobre o parto .....	16
1.2.2. Experiência em partos prévios .....	17
1.2.3. Segunda opinião (peer review) sobre a eleição de cesarianas .....	18
1.2.4. Modelo de atenção ao parto .....	19
1.3. Considerações sobre as evidências científicas e apresentação de possíveis aplicações .....	24
CAPÍTULO 2. PROGRAMA PARTO ADEQUADO SOB À ANÁLISE JURÍDICA DA POLÍTICA ECONÔMICA .....	27
2.1. Contextualização .....	27
2.2. Pressupostos e categorias da AJPE e aplicação na análise do Programa Parto Adequado .....	29
2.3. Análise Posicional .....	31
2.3.1. Aplicação da Análise Posicional ao Programa Parto Adequado .....	34
2.3.2. A política pública sujeita a controvérsias .....	34
2.3.3. O direito fundamental correlato: direito à saúde das gestantes e parturientes dos hospitais participantes do PPA .....	38
2.3.4. Decomposição analítica da fruição do direito – componentes prestacionais ...	39
2.3.5. Índice de Fruição Empírica .....	43
2.3.6. Mensuração dos componentes .....	45
2.3.7. Índice de Fruição Empírica do PPA (S) .....	54
2.3.8. Elaboração do Padrão de Validação Jurídica .....	55
2.3.9. O Padrão de Validação Jurídica .....	57
2.3.10. Avaliação dos Resultados .....	58
2.3.11. Elaboração de reformas .....	60
CONCLUSÃO .....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65

## INTRODUÇÃO

Em 30 de dezembro de 2015, o juiz da 24ª Vara Federal Cível de São Paulo, no processo nº 0017488-30.2010.4.03.6100 movido pelo Ministério Público Federal de São Paulo (MPF/SP), concedeu tutela antecipada para determinar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) adote medidas para a redução de partos cesarianos na rede suplementar de saúde. Dentre outras medidas, o juízo determinou o fornecimento de informações percentuais de partos cesarianos sobre o total de partos, o estímulo à prática do parto humano humanizado, e, por último, o estabelecimento de norma para que as operadoras paguem ao profissional que realize o parto normal honorários de, no mínimo, o triplo do valor atribuído a realização do parto cesariana. (BRASIL, 2015)

Para resolver a controvérsia judicial, o juiz prolator da decisão realizou o raciocínio jurídico de adequação do contexto fático a comandos normativos formais, com o objetivo de proteger quem é considerado “vulnerável” (as parturientes) na relação jurídica analisada. O magistrado também fez a ponderação de valores jurídicos (liberdade [autonomia médica], inviolabilidade da vida), indicando, ao final, *“que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a um tratamento médico ou intervenção cirúrgica desnecessária e no campo da Bioética e, ainda, no Código de Ética Médica, a autonomia do paciente, igualmente, é garantida.”* (BRASIL, 2015, p. 19)

A ANS, atuando como demandada, requereu a suspensão da execução da sentença e o pedido foi parcialmente acolhido pelo Tribunal Regional Federal da 3ª Região (TRF 3) para sustar apenas a elevação dos honorários pagos aos médicos pela assistência prestada nos casos de partos normais. Neste ponto, o MPF agravou regimentalmente da decisão, mas não teve êxito na reversão da suspensão. No julgamento deste agravo regimental, o TRF 3, por maioria, negou provimento ao pedido do MPF, mantendo a suspensão da sentença, sob o fundamento de que a interferência judicial, sem lastro técnico, colocaria em risco o equilíbrio financeiro entre as operadoras de planos de saúde e os consumidores, caracterizando risco à economia pública (art. 4º, *caput*, da Lei 8.437/1992), além de implicar risco à saúde

de pacientes, tendo em vista que médicos seriam incentivados a adotar procedimento diverso do recomendado a fim de aferir maiores ganhos. (BRASIL, 2016)

Observa-se que ambas decisões judiciais versaram sobre uma determinada política pública de saúde do setor suplementar de saúde, conduzida pela ANS, qual seja, a política de redução de partos cesarianos.

O caso ilustra a atuação do Poder Judiciário na formação do conteúdo de políticas públicas. Não se trata definitivamente de um caso isolado. Os magistrados e tribunais têm adotado posturas ativas em relação às políticas públicas de diversos setores.

No entanto, as análises jurídicas tradicionais não têm demonstrado capacidade de conciliar o bom funcionamento econômico do setor atingido pela política pública (ou econômica) e a concretização de direitos fundamentais de indivíduos ou grupos da sociedade. (CASTRO, 2009). Isso porque nessas análises o Direito é aplicado de maneira isolada e desconectada de outras áreas de conhecimento (economia, sociologia, saúde, ecologia e outras), sendo que a resolução do problema em função do qual se debatem as partes e o judiciário frequentemente demanda a apreensão de fatos e elucidações provenientes destes outros saberes.

As decisões referidas acima, por exemplo, não se sustentam em dados empíricos ou em evidências científicas, mas sim em adequações formais dos pedidos autorais a uma hipótese normativa, ou fundamentam-se em especulações feitas pelo próprio magistrado sobre o que deve ser considerado justo, à luz de certos elementos fáticos trazidos aos autos.

O equacionamento judicial proporcionado por análises jurídicas mais convencionais pode conduzir à perpetração de injustiças, vez que, o julgador fica adstrito a aplicar uma norma genérica, que quase sempre permanece distante da complexidade dos fatos. Por outro lado, uma interpretação substantiva da lei, frequentemente conduz a decisões que mal atendem a exigências de coerência com o quadro normativo e com a estrutura de políticas públicas.

O presente trabalho demonstrará a aplicação de uma abordagem jurídica que oferece ideias e procedimentos analíticos alternativos aos modos mais convencionais de se realizar a análise jurídica. A abordagem alternativa denomina-se Análise Jurídica da Política Econômica (AJPE) que, neste trabalho, será aplicada à

controvérsia relativa ao programa de promoção do parto normal no setor da saúde suplementar do Brasil, a saber, o Programa Parto Adequado (PPA). Como se observará em capítulo posterior (Cap. 2), a abordagem da AJPE, ao contrário dos raciocínios jurídicos tradicionais, incorpora saberes de outras áreas do conhecimento e tem o objetivo de se destacar como um método de resolução judicial e de proposição de reformas a políticas públicas. A abordagem a ser descrita e aplicada nesta monografia possui foco na “fruição empírica” de direitos pelos indivíduos atingidos por determinada política pública.

Assim, o objetivo do trabalho é demonstrar a aplicação das formas, metodologias e ideias da AJPE a uma política do setor da Saúde Suplementar e explicitar as contribuições destes métodos analíticos ao debate sobre reformas de políticas públicas (CASTRO, 2014) e sobre decisões judiciais, o que justifica a exposição do trabalho no âmbito jurídico.

O trabalho está organizado da seguinte forma. O capítulo 1 expõe e identifica os diversos fatores que influem na persistência do alto índice de cesarianas na rede suplementar de saúde. A metodologia empregada neste capítulo consiste na revisão bibliográfica de artigos e teses sobre o tema. Na sequência, o capítulo 2 demonstra a metodologia e as ideias da AJPE e, posteriormente, aplica o método denominado *Análise Posicional* sobre o Programa Parto Adequado. Nesse capítulo, o trabalho examina dados do PPA, identifica algumas limitações e propõe reformas ao programa, com vistas a assegurar a efetiva fruição empírica do direito à saúde, neste caso, focalizado tal direito atribuído às parturientes atendidas nos hospitais da rede suplementar de saúde.

Por fim, a conclusão apresenta considerações sobre a aplicação do método analítico da AJPE sobre o Programa Parto Adequado e sobre a importância da formação de novas ferramentas analíticas a serem disponibilizadas aos operadores do direito, com ênfase na sua capacidade de contribuir para a promoção da justiça econômica, face à insuficiência das análises jurídicas convencionais que permanecem engessadas no formalismo.

## **CAPÍTULO 1. FATORES NÃO-CLÍNICOS QUE INFLUENCIAM A PREVALÊNCIA DE CESARIANAS**

### **1.1. O problema da prevalência de cesarianas**

A prevalência de cesarianas no setor de saúde suplementar do Brasil é altíssima. O índice de 84,4%<sup>1</sup> (nº de cesarianas/ nº partos total) supera em muito a recomendação formulada pela Organização Mundial de Saúde, que recomenda o limite de 15%<sup>2</sup>. Além disso, a proporção de cesarianas realizadas no Brasil não tem correspondência com índices de outros países<sup>3</sup>.

Em que pese não ser o objeto de estudo do presente trabalho, cumpre ressaltar alguns indicativos e algumas evidências pelas quais há entendimento na literatura médica de que cesarianas não indicadas por fatores clínicos são prejudiciais à saúde da mãe e dos nascidos, e, por fim, influem negativamente em curto e longo prazos no sistema de saúde.

Contudo, antes de apresentar os dados dessa literatura, vale a pena ressaltar que o trabalho e os estudos que aqui serão citados não conduzem a uma crítica ao procedimento de parto cesariano em si. Um estudo ecológico feito pela OMS, a qual analisou a prevalência de cesarianas em diversos países, detectou um maior risco de mortalidade materna e neonatal naqueles em que o índice de cesarianas era inferior a 10% (YE; ZHANG; MIKOLAJCZYK, 2015). Portanto, não se questiona a importância e relevância do procedimento para assegurar a vida e a saúde das mães e recém-nascidos, quando recomendado por critérios clínicos.

Da mesma forma, registra-se que este trabalho, de cunho jurídico, não pretende investigar fatores clínicos do diagnóstico médico relativos aos partos cirúrgicos. Nosso estudo tampouco tem a pretensão de emitir recomendações e opiniões nesse sentido. O estudo também não se presta, de modo algum, a influenciar qualquer decisão médica ou de parturientes sobre o modo da realização de partos,

---

<sup>1</sup> Ver Nakamura-Pereira et al. (2016).

<sup>2</sup> Ver Organização Mundial De Saúde (2015).

<sup>3</sup> Em 2015, segundo dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a taxa de cesarianas (CS) de Israel é de 16,2%, da Itália é de 35,2%, da Turquia é de 53,1%, do Reino Unido é de 26,2%, da Polónia é 36,1% (disponíveis em <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm#indicator-chart>). E segundo dados da OMS em 2005, a taxa de cesarianas da Argentina é de 35,1%, de Cuba é de 35,6%, do Equador é de 40,3%, do México é de 37,8%, do Paraguai é de 42% (OMS, 2009).

muito menos se pronunciar sobre experiência desses eventos. Ao contrário, o trabalho contém tão-somente uma avaliação, desde o ponto de vista jurídico, da regulação da atividade médica, relativamente à assistência prestada a parturientes em vista da controvérsia sobre a elevada proporção de partos cesáreos praticados no Brasil.

Dito isso, voltamos ao exame da questão.

Há razões pelas quais a OMS expressa recomendações para manter o índice de cesarianas no patamar de 15% nos diversos países. A OMS indica que acima de tal índice as decisões de praticar cesarianas não devem advir de fatores clínicos, pois em tais casos o procedimento, em princípio, não traz benefícios à saúde de parturientes e dos nascidos.

Nesse sentido, diversos estudos indicam que riscos maiores (de complicações e morbidade mortalidade materna e neonatal) estão associados às cesarianas, comparativamente a existência de tais riscos nos partos normais. A título de exemplo, o estudo conduzido por Villar et al. (2006), da OMS, indica a associação entre cesarianas e nascimentos prematuros, tratamento pós-parto com antibióticos, morbidade e mortalidade materna. Além disso, foi constatada a associação entre o aumento de cesáreas e a elevação da mortalidade fetal e das admissões de bebês em UTIs por 7 dias ou mais. Outros estudos indicam que a realização de cesarianas em pacientes com menos de 39 semanas de gestação aumenta os riscos de hipoglicemia, sepses e óbito neonatal (TITA et al., 2009).<sup>4</sup>

Além de riscos à saúde dos recém-nascidos, alguns estudos indicam haver uma correlação entre nascimentos por cesarianas e alguns problemas de saúde em maior prazo, tais como o desenvolvimento de asma, obesidade na adolescência<sup>5</sup>, aumento da pressão arterial<sup>6</sup> e Diabetes tipo I<sup>7</sup>.

Por estas evidências, chega-se à conclusão de que a prevalência das cesarianas sem indicação clínica tende a influir negativamente no sistema de saúde pública, que demandará mais gastos para cobrir efeitos adversos da eleição do nascimento por esta via.

Gize-se que a situação é ainda mais grave no setor privado de saúde. Um estudo conduzido por Nakamura-Pereira et al. (2016), inserido no projeto “Nascer no

---

<sup>4</sup> Para visualizar outras associações entre cesarianas e adversidades, ver Torres (2014).

<sup>5</sup> Ver Mesquita et al. (2013)

<sup>6</sup> Horta et al., 2013

<sup>7</sup> Ver Cardwell et al. (2008)

Brasil”<sup>8</sup>, constatou que a taxa de cesarianas no Brasil é duas vezes superior no setor privado de saúde do que no setor público, embora não se tenha constatado discrepâncias quanto a prevalência de risco obstétrico entre as mulheres atendidas em cada setor. Neste trabalho, os dados obtidos indicaram que as taxas de cesáreas permanecem altas mesmo em casos de baixo risco obstétrico<sup>9</sup> no setor privado de saúde.

As evidências ora apresentadas, longe de esgotarem o assunto, indicam que a proporção exacerbada da realização de cesarianas no Brasil caracteriza um problema que afeta à saúde de mulheres e crianças atendidas pelas unidades de saúde, sendo que a situação é mais grave no setor suplementar.

## **1.2. Elementos para uma reforma da política de promoção do parto normal**

No Brasil e em outros países, pesquisadores estão investigando os fatores que influíram na considerável expansão do número de cesarianas, sob os mais diversos pontos de vista. Trata-se de um tema de interesse não só de médicos, mas também de sociólogos, antropólogos e juristas.

Além disso, programas de experimentação também estão sendo implementados com objetivo de traçar e descobrir formas de reduzir o número de cesarianas não necessárias clinicamente, e resultados interessantes têm surgido.

Neste contexto, esta seção do trabalho apresenta alguns estudos e pesquisas para demonstrar as determinantes da primazia da eleição do nascimento por cesarianas no setor privado de saúde e o que pode ser feito para reverter tais fatores.

A premissa metodológica desta seção é que a revisão de literatura de relevantes e sérios estudos científicos, com enfoque na exposição de cada

---

<sup>8</sup> O inquérito nacional Nacer no Brasil “é o primeiro estudo nacional de base epidemiológica que descreve a atenção ao parto e nascimento”. Segundo o próprio site do projeto, o estudo procurou “conhecer melhor a atenção ao pré-natal, ao parto, nascimento e puerpério no Brasil, além de estimar a prevalência da prematuridade e a incidência de complicações clínicas imediatas ao parto, e após o parto para as mães e recém-nascidos. Também se descreveu a prevalência de morbidade materna grave (near miss materno) e desenvolveu-se o conceito de morbidade neonatal grave (near miss neonatal).”, disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/nacerbrasil/sobre-o-projeto/>

<sup>9</sup> Segundo este estudo médico, o baixo risco obstétrico se caracteriza pela ausência de características de alto risco como hipertensão, preexistente diabetes, diabetes gestacional, grave doenças crônicas, infecção na admissão no hospital, ruptura da placenta, placenta prévia, restrição de crescimento intrauterino e grande malformação do feto.

metodologia e nas conclusões, pode revelar os fatores determinantes do problema em estudo – a prevalência de cesarianas desnecessárias no setor suplementar de saúde.

Espera-se aferir evidências científicas que indiquem medidas efetivas para a promoção do parto normal e de melhores cuidados obstétricos, a expressar elementos imprescindíveis para comporem um programa que objetive a melhora da assistência ao parto no setor suplementar de saúde.

### **1.2.1. O profissional médico e a falta de informações sobre o parto**

Um estudo conduzido por Pires et al. (2010), denominado “*A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira*”, procurou elucidar a influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto de gestantes no setor de saúde suplementar.

O método utilizado consistiu na análise qualitativa, exploratório-descritiva de experiências de gestantes atendidas pelos serviços da saúde suplementar durante o processo de gravidez-parto nas três capitais da Região Sul do Brasil (Curitiba, Santa Catarina e Porto Alegre). Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas com as gestantes da amostra recortada.

Após a análise e codificação dos dados, contatou-se alguns resultados relevantes.

Em um primeiro lugar, os resultados mostraram que:

maioria das mulheres manifestou o desejo de realizar o parto normal após a confirmação da gravidez, porém, à medida que realizavam as consultas de pré-natal ou se aproximava o momento do parto, esse desejo era substituído pelo do parto cesáreo. (PIRES et al., 2010, p. 194)

O estudo mostrou que a decisão em favor do parto cesarianas era influenciada pela apreensão de experiências anteriores de seus familiares ou de outros, assim como do medo da dor e da conveniência da data marcada para a organização do cotidiano familiar.

Noutro lado, também se constatou que a falta de informação a respeito do parto normal durante o pré-natal e a qualidade da orientação profissional influenciaram a escolha de mulheres pelo parto cesáreo.



Ao fim, o estudo conclui que

Há falta de informações adequadas a favor do parto normal durante o pré-natal, realizado quase que exclusivamente pelo profissional médico, o que nos leva a concluir que mudanças neste processo de diálogo e negociação poderão contribuir para diminuir a alta incidência de parto cesáreo. (PIRES et al., 2010, p. 196)

A partir deste trabalho, infere-se que o profissional médico tem a capacidade de influir na preferência da mulher por tipos de nascimentos conforme a informação e sugestão transmitidas durante o pré-natal. Tal conclusão é corroborada por outros estudos<sup>10</sup>.

Além do mais, o estudo dialoga com outro trabalho, conduzido por Cordova (2008), onde se constatou que a ausência de espaços de escuta e diálogo durante o pré-natal dificulta a participação da gestante no processo decisório do tipo de parto. Além do mais, verificou-se que a assistência prestada durante o pré-natal no setor suplementar é centrada no uso de procedimentos e intervenção médica, o que favorece o parto pela via cirúrgica.

Todos estes estudos apontam no sentido de que o profissional médico pode conduzir à uma redução de partos cesarianos não necessários, caso se prontifique a informar e dialogar com as gestantes durante o pré-natal com relação ao modo de realização do parto e adotar uma postura menos intervencionista na assistência obstétrica.

### **1.2.2. Experiência em partos prévios**

Faisal-Cury e Menezes (2006) desenvolveram uma pesquisa com o intuito de identificar as variáveis associadas à preferência por cesariana em gestantes de clínica privada. A pesquisa e os resultados estão descritos no artigo intitulado “*Fatores associados à preferência por cesarianas*”.

Neste estudo, os dados foram colhidos através de um questionário que abordou questões objetivas sociodemográficas, tais como idade, raça, escolaridade, profissão, tipo de união, tempo de casamento e antecedentes obstétricos, como o número de gestações prévias, o número de abortos, o número de filhos vivos, o tipo

---

<sup>10</sup> Ver Freitas; Sakae; Jacomin (2008) e Orsi et al. (2006)

de parto prévio, peso ao nascer do último filho, tipo de assistência utilizada no último parto. Também se colheu respostas relacionadas à satisfação da gestante com relação ao último parto realizado e seu tipo, bem como da escolha para o atual parto.

Após a coleta e análise de dados, constatou-se que 43% das gestantes preferiam realizar cesariana. A preferência por este tipo de parto esteve fortemente associada ao tipo de parto prévio. 64,2% das mulheres que haviam realizado cesariana prévia preferiam repetir o procedimento. Noutro lado, o estudo indicou que as mulheres que realizaram parto vaginal prévio tinham 25 vezes menos chances de optarem por cesarianas.

O estudo também indicou que caso as mulheres tivessem julgado como insatisfatórias as experiências dos partos prévios, elas tendiam a optar pela outra modalidade de parto.

A constatações aferidas nesta pesquisa são corroboradas por outros estudos médicos. O trabalho de Sakae; Freitas; D'orsi, (2009), por exemplo, verificou que múltiparas com um cesárea prévia tinham 2,6 mais chances de realizar uma nova cesárea e as múltiparas com duas ou mais cesáreas prévias tinham 4,83 mais chances. A mesma associação também foi aferida em Orsi et al. em 2006. Nesse ponto, cabe destacar que a realização de cesarianas em mulheres que já fizeram tal procedimento decorre, em muitos casos, de fatores clínicos. A confirmar tal indício, há o estudo de Festin et al. (2009), onde, embora fossem raros os pedidos pelo parto cirúrgico, restou apurado que a cesariana prévia é um relevante fator que conduz aos desfechos por cesarianas.

Considerando tais apontamentos, nota-se a importância de garantir uma experiência segura e satisfatória na realização do parto normal e de encorajar as nulíparas à realização deste tipo de parto.

### **1.2.3. Segunda opinião (peer review) sobre a eleição de cesarianas**

Khunpradit et. al. em 2011 realizaram uma revisão sistemática de trabalhos focados na avaliação de intervenções não-clínicas para reduzir cesarianas desnecessárias<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Segundo o artigo revisional, foram identificados 1826 estudos, onde após uma análise de títulos e resumos chegou-se ao número de 36 potenciais artigos relevantes com um acréscimo de 8 artigos

Após sistemáticos filtros, a revisão indicou que a obrigatoriedade de uma segunda opinião e revisão de pares médicos (*peer review*) poderiam conduzir uma redução de taxas de cesarianas. Também se observou que o suporte e o encorajamento de líderes locais poderiam aumentar a proporção de mulheres interessadas no parto normal. Do mesmo modo, aulas de relaxamento de preparação para o nascimento conduzidas por enfermeiras tiveram o condão de reduzir as taxas de cesarianas em grávidas com baixo risco de complicações obstétricas.

A fim de corroborar com a constatação de que a segunda opinião médica pode conduzir à uma redução das cesarianas, convém trazer à tona o estudo de Althabe et al. (2004) analisado pela revisão de Khunpradit et. al. Neste estudo, constatou-se que a implementação da política de segunda opinião em hospitais da América Latina<sup>12</sup> esteve associada à uma redução significativa de 7,3% das cesarianas, sendo maior em partos realizados durante o trabalho de parto (*intrapartum sections*) – 12,6%.

Outra relevante e sistemática revisão de artigos científicos<sup>13</sup> conduzida por Chaillet e Dumont (2007) identificou 4 estudos que apuraram a implementação de estratégias de audição e *feedback* em hospitais para a redução de cesáreas. Em uma avaliação conjunta destes estudos, a revisão apontou que estas estratégias têm conduzido à uma redução de 13% de cesáreas quando aplicadas isoladamente e à uma redução de 27% quando implementadas em um programa multifacetado.

Pelo exposto, há evidências científicas fortes indicando que as estratégias de audição, *feedback* e segunda opinião médica podem conduzir a redução de cesáreas, constituindo, pois, medidas essenciais à uma política de promoção do parto normal.

#### **1.2.4. Modelo de atenção ao parto**

---

obtidos a partir das referências. Depois disso, foram excluídos 28 estudos, restando 16 artigos relevantes para a revisão.

<sup>12</sup> 18 hospitais da Argentina, 8 do Brasil, 4 de Cuba, 2 da Guatemala e 4 do México.

<sup>13</sup> A metodologia empregada na revisão apurou estudos que envolvessem uma rigorosa avaliação de estratégias para a redução de cesarianas nas bases de dados da “Cochrane Library”, “Embase” e “Medline” do período de Janeiro de 1990 a junho de 2005.

Outro interessante estudo desenvolvido dentro do projeto Nascer no Brasil foi feito por Torres, descrito em sua tese de doutorado apresentada em 2014<sup>14</sup>.

A pesquisadora procurou analisar a relação entre a implementação de um programa perinatal multifacetado em hospital privado e a redução da prevalência de partos cesarianos. A análise foi desenvolvida e agrupada em dois artigos: *“Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal”* e *“Como reduzir cesarianas sem indicação clínica em hospitais privados no Brasil? Lições de um programa perinatal multifacetado bem sucedido”*.

O primeiro artigo diz respeito a uma análise comparativa entre um hospital da rede privada de saúde (denominado hospital atípico), que conta com um modelo de atenção perinatal inovador, e outros hospitais com modelos de atenção padrão (denominados hospitais típicos). O objetivo da investigação era comparar a prevalência de cesarianas e desfechos neonatais do hospital atípico com os dos hospitais com modelos de atenção padrão (hospitais típicos)<sup>15</sup>.

Para tanto, a pesquisadora sinalizou as seguintes características do modelo de atenção padrão das parturientes atendidas pelos planos de saúde:

atenção pré-natal e ao parto sob a responsabilidade de um único médico assistente, o qual é pago pela operadora de planos de saúde de acordo com a execução de procedimentos, e é responsável por realizar consultas de pré-natal, nos dias da semana, em horário comercial, e por atender aos partos 12. O número de partos assistidos por enfermeiras obstétricas e obstetristas nesse setor é muito baixo. (TORRES, 2014, p.62)

Noutra ponta, foi destacado essas características que distinguem o hospital atípico:

equipe de atenção pré-natal diferente da equipe de atenção ao parto; trabalho colaborativo entre enfermeiras obstétricas e médicos na atenção ao parto; e

---

<sup>14</sup>Tese de doutorado disponível em <<https://www.capes.gov.br/images/stories/download/pct/mencoeshonrosas/227692.pdf>>

<sup>15</sup> Cumpre registrar que a colheita de dados feita através de questionários, informações do prontuário de puérperas e recém-nascidos, cartões pré-natal e laudo de exames médicos. Os dados foram colhidos entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 (tempo de colheita de dados do projeto Nascer no Brasil) em 13 hospitais escolhidos aleatoriamente (todos cuja equipe realizou mais de 500 partos em um ano). O hospital atípico se encontrava dentro deste grupo com 13 hospitais. (TORRES, 2014)

profissionais pagos por salário mensal independentemente do número de procedimentos realizados. (Ibidem, p.62)

Após a análise dos dados, verificou-se que a prevalência bruta de cesarianas nos hospitais típicos foi 1,9 vez maior do que no atípico, sendo a proporção de cesarianas maior na maioria dos grupos da classificação de Robson<sup>16</sup>. Foi significativa as diferenças dos hospitais quanto ao número de cesarianas antes do trabalho de parto (os típicos tinham números 2,3 vezes maior que o atípico).

Também se constatou disparidades quanto a prevalência de cesáreas no grupo de alto risco em relação ao grupo de baixo risco. Enquanto no hospital atípico apresentava três vezes mais cesáreas em gravidezes de alto risco do que as de baixo risco, nos hospitais típicos os índices foram equivalentes. Outro resultado marcante da pesquisa foi a diferença entre os desfechos neonatais entre os hospitais. No hospital típico, houveram mais desfechos neonatais favoráveis do que nos hospitais típicos.

Outro resultado relevante foi a diferença entre os hospitais quanto a porcentagem de cesarianas feitas com relação a idade gestacional.

A maioria dos bebês nascidos por cesarianas no hospital atípico era termos tardios (nascidos entre 39 e 41 semanas de idade gestacional); e nos hospitais típicos a maioria dos bebês nascidos por cesarianas era termos precoces (nascidos com 37 ou 38 semanas de idade gestacional). A prevalência de termos precoces entre os nascidos por cesarianas foi 1,5 vez maior nos hospitais típicos quando comparada ao atípico (51,2% vs. 33,8%;  $p < 0,001$ ). Em relação aos bebês que nasceram via parto vaginal, as diferenças na idade gestacional por tipo de parto não foram estatisticamente significativas ( $p = 0,103$ ). (Ibidem, p. 67)

---

<sup>16</sup> Classificação de Robson foi criada em 2001 e distingue as puérperas em 10 grupos por 4 critérios: número de fetos (único ou múltiplo), apresentação fetal (cefálica, transversal ou pélvica), histórico obstétrico (nulípara ou múltipara), começo de trabalho de parto (espontâneo, induzido, cesariana anterior ao trabalho) e idade gestacional no momento do parto. A partir destes critérios, forma-se 10 grupos: I – nulíparas, feto único, cefálico,  $\geq 37$  semanas em trabalho de parto espontâneo; II – nulíparas, feto único, cefálico,  $\geq 37$  semanas, parto induzido ou cesárea antes do início; III – múltiparas, feto único, cefálico,  $\geq 37$  semanas, em trabalho de parto espontâneo, IV – múltiparas, feto único, cefálico,  $\geq 37$  semanas, com parto induzido ou cesárea antes do início; V – Múltiparas com cesárea anterior, feto único, cefálico,  $\geq 37$  semanas; VI – nulíparas com feto único, pélvica; VII – múltiparas, feto único, pélvica, com cesárea anterior; VIII – gestação múltipla, incluindo com cesáreas anterior; IX – Mulheres com feto em situação transversa, incluindo aquelas com cesárea anterior; X – feto único cefálico,  $< 37$  semanas, incluindo aquelas com cesárea anterior. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015)

A partir dos resultados acima elencados, a pesquisadora concluiu que o modelo de atenção perinatal, como o apresentado no hospital atípico, pode reduzir as taxas de cesarianas, ao mesmo tempo em que estimula boas práticas no cuidado dos recém-nascidos em hospitais privados no Brasil.

O segundo artigo da tese de doutorado de Jacqueline elucida ainda mais a questão.

Torres (2014), no intuito de destrinchar as determinantes que influem no número de cesarianas, analisou o grau de implementação e de eficiência do programa perinatal multifacetado (PPM) do hospital privado atípico analisado no primeiro artigo.

A primeira parte da pesquisa consistiu na identificação das determinantes do excesso de cesarianas no setor suplementar de saúde. Para tanto, foram realizadas entrevistas individuais com sujeitos integrantes da Administração Pública, cuja atuação tinha finalidade de elaborar medidas incidentes no modelo de atenção ao parto, e com pessoas com papel de liderança em entidades civis, profissionais, que detinham histórico de atuação na mesma questão.<sup>17</sup> Em seguida, foi realizado o agrupamento dos fatores e formada uma tabela conjunta com uma classificação de relevância dos mesmos, onde o critério de relevância se aferia de acordo com a frequência de citação deste entre os entrevistados.

Considerou-se como fatores de alta relevância: a cultura favorável à medicalização do parto e nascimento, com a noção de que a cesariana é o procedimento seguro; o modelo assistencial em que um único médico é responsável por todas as decisões relativas ao pré-natal, parto e puerpério; a conveniência médica, decorrente da gestão do processo de trabalho que torna a eleição da cesariana uma medida mais vantajosa ao profissional; a lógica de organização das maternidades privadas, onde a alta taxa de ocupação adquirem maior importância que aspectos clínicos. Os fatores de média relevância foram os seguintes: ineficiência da regulação pública para modificar o quadro atual do setor; Formação inadequada de profissionais de saúde para atuação obstetrícia; Ideário de que o médico é o único competente para a assistência ao parto; E único fator categorizado como de baixa relevância foi: a

---

<sup>17</sup> Foram selecionados os representantes das seguintes instituições: Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde – MS; Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; Comissão de Parto Normal do Conselho Federal de Medicina – CFM; Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras – ABENFO e Organização Não Governamental Parto do Princípio – PP.

transferência da responsabilidade da mulher ao profissional do modo como definir as questões fisiológicas. (TORRES, 2014, p. 82)

Em seguida, houve a elaboração de um modelo lógico-operacional do PPM. Este modelo foi feito com objetivo de agrupar e reduzir as atividades e produtos do programa a um quadro, onde há distinção de atividades relativas ao componente de gestão de cuidado<sup>18</sup> e as atividades relativas ao componente de atenção ao parto<sup>19</sup>.

Após a construção do modelo, a pesquisadora procurou aferir o grau de implementação de cada atividade desenvolvida no PPM. Aferido o grau de implementação, onde se constatou que o PPM estava satisfatoriamente implantado<sup>20</sup>, elaborou-se a teoria da mudança e colheu-se os resultados obtidos com o programa.

O PPM teve grandes resultados. A taxa de cesarianas no grupo de mulheres com gestação de baixo risco que tiveram acesso ao PPM foi igual a 4,1%. Além disso, observou-se que indicadores perinatais melhores que os da média do setor e menos desfechos adversos, como indicado no artigo retratado anteriormente.

Torres (2014) ressalta importantes contribuições do PPM como modelo de atenção ao parto diferenciado. Para a autora, o PPM foi exitoso em elidir os fatores determinantes da eleição de cesarianas não clínicas. Considerando a experiência do PPM, Torres (2014) formula as seguintes sugestões para políticas públicas que tenham como objetivo a redução de cesáreas:

---

<sup>18</sup> As atividades relativas a gestão de cuidado eram as seguintes: A existência de suporte às equipes em tempo integral, a implementação de reuniões periódicas de equipes, auditoria de cesarianas, programa de educação continuada, a fomentação de uma interface com famílias, a pactuação de meta e monitoramento de cesarianas e outros indicadores perinatais, a elaboração de protocolos assistenciais e um o planejamento terapêutico com s equipes de pré-natal e maternidade de gestação de alto risco. (TORRES, 2014, p. 85)

<sup>19</sup> As atividades relativas à atenção ao parto: a internação de gestantes em trabalho de parto (TP) ou induzidas, o monitoramento do TP com partograma, incentivo a gestarem terem um acompanhante, disponibilidade de medidas não farmacológicas para alívio da dor (deambulação, massagem na região lombar, fisoball, banquinho e cavalinho de parto e imersão em banheira), colaboração de enfermeiras obstétricas e médicos, a separação de equipes responsáveis pelo parto da equipe responsável pelo pré-natal. (TORRES, 2014, p. 85)

<sup>20</sup> Houve a aferição de implementação através de nove indicadores percentuais relativos as atividades descritas no modelo lógico-proporcional: Proporção de mulheres que tiveram acompanhamento pré-natal e assistência ao parto realizados por equipes com médicos diferentes (88,6%); Proporção de mulheres que entraram em trabalho de parto foram assistidas por médicos e enfermeiras obstétricas durante o trabalho de parto (100%); Proporção partos vaginais assistidos por enfermeiras obstétricas (75,9%); Proporção de mulheres que não entraram em trabalho de parto espontâneo e tiveram trabalho de parto induzido (73,4%); Proporção de mulheres internadas com 3cm ou + de dilatação (75,5%); proporção de mulheres que tiveram acompanhante durante o trabalho de parto (74,8%); Proporção de mulheres que deambularam durante o trabalho de parto (65,9%); Proporção de mulheres que utilizaram métodos não farmacológicos para alívio da dor (57,7%); Proporção de mulheres que tiveram o trabalho de parto monitorado com partograma (92,5%).

(1) eliminar incentivos para a indicação de cesarianas por conveniência; (2) definir que as equipes de assistência ao parto sejam compostas por médicos e enfermeiras obstétricas/ obstetrizas; (3) incentivar e monitorar os hospitais privados quanto a adoção de estrutura e processo de trabalho relativos à excelência clínica. (TORRES, 2014, p.93)

O trabalho da autora foi um dos estudos publicados decorrentes do projeto “Nascer no Brasil”, a qual demonstrou as determinantes da prevalência por cesarianas, no que tange ao modelo de atenção ao parto.

As conclusões de Torres (2014) são corroboradas por outros estudos médicos. A ilustrar tal afirmativa, convém destacar o estudo de Almeida et al. (2008), o qual indica que a forma de remuneração dos profissionais influi na escolha do tipo de parto. O estudo também aponta o modelo de atenção ao pré-natal realizado por um único médico como fator do aumento da probabilidade de desfecho por cesariana.

Além deste, a pesquisa conduzida por Ribeiro et al. (2007) constatou que o fato do mesmo médico proceder o atendimento ao pré-natal e ao parto e a conveniência médica tendem a influir mais no risco de desfecho da gestação por cesariana do que fatores maternos (cesáreas à pedidos e fatores clínicos).

Considerando as evidências acima expostas, denota-se que o modelo de atenção ao parto, a forma remuneração de profissionais médicos, a assistência pré-natal e a organização do processo de trabalho possuem a capacidade de elevar ou reduzir as taxas de cesarianas em hospitais.

### **1.3. Considerações sobre as evidências científicas e apresentação de possíveis aplicações**

A partir dos estudos aqui apresentados, percebem-se diversas determinantes para a prevalência de cesarianas no setor privado de saúde.

Para fins da delimitação de uma política pública que vise reduzir a proporção de cesarianas é necessário compreender as evidências e recomendações provenientes de estudos científicos, como os descritos nesta seção.

Para ilustrar didaticamente os fatores constatados nos estudos, convém agrupá-los em uma única tabela.



Tabela 1 - Fatores da prevalência de cesarianas

Falta de diálogo com as gestantes
Remuneração dos profissionais da assistência obstétrica.
Modelo de atenção ao pré-natal e parto.
Noção da Maternidade-Hotel.
Conveniência médica.
Falta de informações prestadas às gestantes.
Histórico obstétrico.
Medo da experiência do parto.
Falta de preparação de gestantes ao parto normal (física e psicológica).
Único médico responsável por pré-natal e parto.
Ausência de obstetrias.
Ausência de revisão nas eleições de cesarianas.
Noção prevalecente de que a cesariana é mais segura (bem de consumo).

Fonte e elaboração: o autor

Noutra ponta, cumpre destacar as intervenções feitas para reverter à tendência do aumento de cesarianas que foram avaliadas nas revisões procedidas por Khunpradit et. al. (2011) e Chaillet; Dumont, (2007) e da experiência positiva do PPM analisado e descrito por Torres (2014), agrupadas na seguinte tabela:

Tabela 2 - Intervenções

Auditorias e revisões por pares em eleições de partos cesarianos.
Encorajamento de líderes locais para a realização do parto normal.
Aulas de relaxamento e preparação para mulheres cuja gestação é de baixo risco.
A implementação de reuniões periódicas de equipes.
Programa de educação continuada.
A fomentação de uma interface com famílias.
A pactuação de meta e monitoramento de cesarianas e outros indicadores perinatais.
A elaboração de protocolos assistenciais e um planejamento terapêutico com as equipes de pré-natal e maternidade de gestação de alto risco.
A internação de gestantes em trabalho de parto (TP) ou induzidas.
O monitoramento do TP com partograma.
Incentivo a gestantes terem um acompanhante.

Disponibilidade de medidas não farmacológicas para alívio da dor (deambulação, massagem na região lombar, fisoball, banquinho e cavalinho de parto e imersão em banheira).
Colaboração de enfermeiras obstétricas e médicos.
A separação de equipes responsáveis pelo parto da equipe responsável pelo pré-natal.

Fonte e elaboração: o autor

As constatações e evidências apresentadas neste capítulo servem como subsídios científicos para a avaliação do Programa Parto Adequado pela metodologia da Análise Jurídica da Política Econômica, que será feita no capítulo 2.

## CAPÍTULO 2. PROGRAMA PARTO ADEQUADO SOB À ANÁLISE JURÍDICA DA POLÍTICA ECONÔMICA

### 2.1. Contextualização

Como se pode observar na sentença judicial citada na introdução deste trabalho, diante de uma situação que pode ser considerada um obstáculo à fruição do direito à saúde de parturientes, o juiz trabalhou basicamente com a interpretação formal da lei, compatibilizando do substrato fático à norma legal, e com a ponderação abstrata de valores jurídicos.

Considerando a complexidade do problema carreado ao Poder Judiciário, há de se fazer as seguintes provocações: Os raciocínios tradicionais de “adequação formal” do substrato fático à hipótese legal e a “ponderação de valores” jurídicos são suficientes ou eficazes para a resolução do problema posto em tela? Ou, finalmente, os equacionamentos mais convencionalmente adotados por juízes são efetivos na proposição de reformas de políticas econômicas ou públicas, como é o caso?

A resposta a que se chega é que as abordagens jurídicas convencionais são insuficientes para analisar e propor reformas de políticas públicas, pois, segundo Castro, *“não se prestam a conciliar a funcionalidade e a produtividade da economia, de um lado, e, de outro, a equânime proteção aos direitos fundamentais dos indivíduos e grupos, promovendo assim a justiça econômica.”* (CASTRO, 2009, p. 21)

Com efeito, de um modo geral, é razoável considerar que a interpretação formalista do direito, por se ater às formas jurídicas e construções dogmáticas, não considera *“fatos que constituem situações empíricas dramáticas e facilmente caracterizáveis como injustas, tais como a pobreza, a fome, a morte de pessoas por doenças comumente tratáveis e assim por diante”* (Ibidem, p. 21). Já a interpretação formal da lei, realizada na sentença exposta acima, não considera, de maneira séria, as consequências fáticas e jurídicas nas políticas públicas em que se atém a analisar. Por fim, a ponderação de valores não analisa concretamente que valores empiricamente constatáveis estão em jogo na situação do litígio, terminando por basear-se em *“especulações imprecisas sobre o que são os “valores” em questão”*. (Ibidem, p. 21)

Com base em críticas como as acima indicadas, análises jurídicas alternativas têm sido elaboradas com o objetivo de superar as deficiências das abordagens tradicionais, oferecendo aos juristas ferramentas e conceitos novos para serem aplicados aos problemas jurídicos.

Dentre elas, destaca-se a Análise Econômica do Direito (AED), em que se parte da noção de que justo apenas o que é “eficiente” do ponto de vista econômico. Nessa abordagem,

deposita-se a crença de que, uma vez que as instituições jurídicas (e políticas) sejam reformadas para reduzir custos de transação, a livre operação dos mercados ocasionará o desenvolvimento, entendido prioritariamente, nesse paradigma, como crescimento econômico. (FERREIRA, 2016, p. 367)

Noutro lado, cabe destacar a Análise Jurídica da Política Econômica (AJPE). Para esta abordagem, a superação das deficiências dos modelos tradicionais jurídicos, não aceita a tese de que a justiça é igual a eficiência econômica, nos termos propostos pela AED, mas propõe, isto sim o “*ancoramento da economia na fruição de direitos fundamentais e direitos humanos*” (CASTRO, 2009, p. 62). Isso significa que, para a AJPE, as decisões sobre políticas econômicas ou públicas necessariamente afetam as possibilidades de indivíduos e grupos engajarem em determinadas ações, “*com reflexos sobre a formação de suas concepções sobre o que são (em termos de fruição presente), ou devam ser, os seus direitos*” (Ibidem, p.24).

A fim de explorar esta nova e alternativa abordagem jurídica, o presente trabalho aplicará suas ideias e métodos analíticos ao programa de promoção de melhores práticas obstétricas, com valorização do parto normal, no setor suplementar de Saúde, o denominado Programa Parto Adequado (PPA).

Para tanto, antes, deveremos descrever os pressupostos da AJPE, e em seguida, expor um dos métodos de análise desenvolvidos na AJPE, denominado “Análise Posicional”. Posteriormente, tal método será aplicado aos fatos já referidos, e à sua problematização jurídica.

## 2.2. Pressupostos e categorias da AJPE e aplicação na análise do Programa Parto Adequado

A AJPE parte do pressuposto de que as instituições jurídicas podem e devem conduzir simultaneamente ao desenvolvimento econômico e à fruição de direitos fundamentais, cumprindo assim a tarefa do Estado de realizar a justiça econômica, conforme preconizado no art. 3º, da Constituição Federal.

Por tal razão, a AJPE confere especial importância à análise da política econômica em termos *jurídicos*, pois entende que a política econômica (ou pública), na verdade, afeta o grau de fruição de direitos fundamentais pelos indivíduos e grupos.

Aos olhos da AJPE, há, portanto, uma superposição entre os termos “direitos” e “políticas públicas”. Nesse sentido, Hugo Luís Pena, citando Castro (2009), explica:

No fundo, o conjunto de fenômenos e instituições a que se referem [as políticas públicas e os direitos subjetivos] é o mesmo. O mesmo ocorre com “pares” como: política de saúde/direito à saúde; política de emprego/direito ao trabalho; política de mobilidade urbana/direito ao transporte, etc. A correspondência entre estes pares aponta para a ausência de “critérios definitivos para a separação cabal entre o que o jurista, de seu ângulo, vê como ‘direito’ e o administrador caracteriza, desde seu ponto de vista, ao menos em parte como sendo o campo de uma ou mais políticas públicas.” (FERREIRA, 2016, p. 427)

A partir dessa noção, a AJPE faz outro apontamento interessante no sentido de que as políticas econômicas (ou públicas) em um ambiente democrático devem refletir a expectativa dos titulares sobre a fruição dos seus direitos subjetivos, atingidos pela existência de políticas públicas, tendo em vista que, nas democracias, a opinião dos indivíduos importa para formação da decisão sobre quais são os conteúdos de efetivos de seus direitos. (CASTRO, 2009)

A partir disso, a fruição (efetiva) de direitos passa a ser o foco central de políticas econômicas e públicas, isto é, as políticas têm de ser “*estruturadas de modo a promover, e não prejudicar, a efetividade do exercício de direitos fundamentais e direitos humanos*” (Ibidem, p. 26) a fim de que se atinja a expectativa de seus titulares sobre o que deve ser considerado “justo”.

E, dessa forma, “o trabalho do jurista deve se concentrar na pesquisa dos efeitos concretos das políticas públicas – que têm sempre representações tanto tecnocráticas quanto jurídicas – sobre a fruição empírica dos direitos fundamentais e direitos humanos.” (Idem, 2011, p.18)

E, para que se possa analisar os efeitos concretos de políticas públicas, a AJPE encoraja “a abertura interdisciplinar do estudo do direito” (Idem, 2009, p. 23) com a incorporação de saberes provenientes da Economia, da Antropologia Econômica, da Ciência Política e Sociologia Política, da Teoria das Relações Internacionais e de outras.

Por oportuno, já cabe apontar que, para analisar o Programa Parto Adequado, relacionado à saúde, foi necessário incorporar à análise os estudos científicos provenientes da literatura médica e antropológica, expostos no capítulo 1 desta monografia.

Com efeito, considerando já o que foi exposto, cumpre reforçar o entendimento de que, para a AJPE, os direitos fundamentais não são entidades metafísicas (direitos naturais) ou concepções estabelecidas definitivamente pela lei positivada. Para esta abordagem, os direitos têm de ser concebidos em termos concretos e, por isso, o foco da análise é sobre a “fruição de direitos”, isto é, o usufruto de direitos como experiência concreta de indivíduos ou grupos em determinado contexto. (CASTRO, 2009, 2014)

Neste ponto, a AJPE estabelece a diferenciação de direitos em duas categorias, conforme o modo como será preenchido o conteúdo destes direitos. Aqueles direitos ligados à “troca e produção” econômicas, onde a primazia da liberdade e da competitividade dá o tom, são denominados *direitos de produção*; de outro lado, estão aqueles direitos ligados a práticas onde atores agem no sentido de expender (o que é produzido), correspondendo, portanto, ao consumo de bens e serviços. Neste último caso, trata-se dos comumente chamados “direitos sociais, econômicos e culturais”, que são denominados pela abordagem da AJPE de *direitos de consumo*. A AJPE faz essa categorização, porém reforça que ambos os conjuntos de direitos são previstos na Constituição Federal e devem ser protegidos a fim de que se atinja à “justiça econômica”, isto é, o crescimento econômico com a efetiva e equânime fruição de direitos fundamentais por indivíduos e grupos. (CASTRO, 2009)

Convém já assinalar que o direito subjetivo privilegiado pelo Programa Parto Adequado é tratado neste trabalho como um *direito de consumo*, porquanto decorre de práticas de atores de quem se submete ao (e não produz o) serviço de saúde obstétrico.

Dito isso, passa-se a expor um dos métodos analíticos desenvolvidos pela AJPE, a *Análise Posicional*, a qual incorpora os pressupostos e características acima expostos. Depois, como já mencionado, iremos aplicar tal método ao Programa Parto Adequado, desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

### **2.3. Análise Posicional**

Segundo Castro, o método denominado Análise Posicional

visa a fornecer uma descrição analítica objetiva da experiência de fruição empírica de direitos subjetivos economicamente relevantes de indivíduos e grupos. E, no caso de verificação de ausência ou limitação significativa de fruição, a Análise Posicional indica possíveis reformas corretivas no âmbito da economia real (CASTRO, 2011, p. 20)

Para tanto, um procedimento deverá ser adotado.

Em primeiro lugar, há a identificação de uma política pública controvertida, isto é, aquela cujo conteúdo está sendo formado ou necessita de avaliações e reformas. A seguir, deverá haver a identificação do(s) direito(s) subjetivo(s) correlato(s) à política controvertida. (CASTRO, 2009)

Sendo identificados a política pública e o direito subjetivo envolvido, passa-se a analisar e caracterizar os “elementos prestacionais” (também chamados conteúdos relacionais) que consubstanciam o determinado direito dentro do contexto empírico da análise. Esta etapa é denominada “decomposição analítica do direito” e se pauta no pressuposto de que os componentes prestacionais em conjunto viabilizam (ou frustram) na prática a fruição do direito identificado (Idem).

Em seguida, os elementos prestacionais identificados são “quantificados” (i.e., mensurados) a partir de dados concretos obtidos em pesquisas próprias ou já produzidas. Cada elemento mensurado pode ser ponderado em conjunto com os

outros. Além disso, o conjunto deve expressar um índice correspondente à composição de conteúdos relacionais do direito identificado.

Para ilustrar, Castro relata, em exemplo hipotético, a quantificação do componente prestacional “segurança pública”, relacionado à fruição do direito subjetivo à moradia em determinada área urbana. Segundo o autor:

O jurista pode elaborar dados, ou reunir dados produzidos por pesquisadores, sobre fatos como: *i*) número de delegacias (que recebe a notação *D*); *ii*) efetivo policial (notação *E*); *iii*) quantidade de computadores e equipamentos de informática, (notação *I*); remuneração média de policiais em termos de salários mínimos (notação *R*); *v*) número de viaturas (notação *V*) etc. A organização dos dados deve ser feita em seguida, para que se produza um “indicador de segurança pública” (notação *S*) relativo ao número de casa ou residências pesquisadas (notação *C*). Tal indicador poderia ter a forma simples

$$S = \frac{D + E + I + R + V}{C}$$

ou formas mais complexas, com ponderações e outros recursos de organização formal dos dados. (CASTRO, 2009, p. 42)

Todos componentes prestacionais “quantificados” relacionados ao direito em evidência, portanto, deverão ser incorporados a uma fórmula, que constituirá o “índice de fruição empírica” (IFE) deste direito.

A etapa seguinte do procedimento consiste na elaboração de “padrão de validação jurídica” (PVJ), que passa a ser considerado o *benchmark* para expressar a fruição satisfatória do direito. O PVJ poderá ser determinado a partir de análises comparadas em determinadas populações onde se considera justa a fruição de determinado direito, ou sobre recomendações internacionais, ou até metas governamentais (ver Castro, 2009).

Caso se verifique que o IFE esteja significativamente discrepante do PVJ, o pesquisador deverá propor medidas de reforma da política pública identificada, almejando assegurar a fruição do direito relacionado em determinado contexto (Idem, 2014). Nessa tarefa, o pesquisador e proponente de reformas poderá observar quais

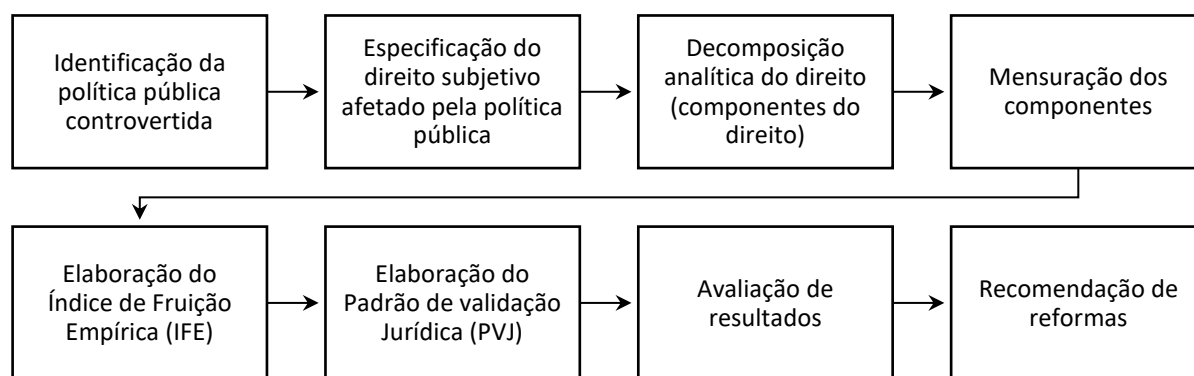


componentes do IFE estão mais defasados em relação ao PVJ, considerado ideal, e indicar medidas para mudar o quadro destes componentes específicos.

As medidas a serem recomendadas pelo jurista devem se referir a reformas “de baixo para cima”. Se isso conduzir a uma necessária mudança em ordenamentos “superiores” ou em orçamentos públicos, isto deve ser feito com fito de assegurar a efetividade de medidas tal como avaliadas nos contextos concretos de fruição empírica do direito subjetivo analisado (Idem, 2009).

Agrupando os passos descritos, o modelo analítico da Análise posicional pode ser assim reproduzido:

Figura 1 - Etapas da Análise Posicional



Fonte e elaboração: o autor, com base em Castro (2009).

Como se pode observar, no método proposto os dados empíricos são levados em real consideração na proposta de reformas<sup>21</sup>.

Além dessa característica, convém sinalizar que o peso de cada componente prestacional pode ser alterado no cálculo do IFE/PVJ de modo a refletir a real relevância para os sujeitos afetados pela política analisada, que serão as(os) titulares do direito subjetivo focalizado. Esse critério de relevância poderá advir de uma da influência do componente prestacional no todo, ou pode refletir a importância conferida subjetivamente pelos indivíduos afetados, que, inclusive, poderão debater e chegar a um consenso sobre o grau de relevância deste componente analisado.

<sup>21</sup> Nesse sentido, convém assinalar que “A AJPE adere a uma concepção de direito presa à fruição empírica, e por isso empiricamente variável na sociedade, tanto entre indivíduos, situados em relação a uma coletividade, como também entre diferentes coletividades.” (CASTRO, 2009, p. 48)

### **2.3.1. Aplicação da Análise Posicional ao Programa Parto Adequado**

Aplicaremos a Análise Posicional ao Programa Parto Adequado, perpassando por todas as etapas demonstradas anteriormente.

### **2.3.2. A política pública sujeita a controvérsias**

Como mencionado nos capítulos antecedentes, o Brasil apresenta elevado índice de partos cesarianos, com uma média de 57% de partos cesarianos sobre o total no ano de 2015. A situação é ainda mais aguda no setor suplementar de saúde, onde se verifica a prevalência de 84,4% de partos cesarianos no mesmo ano. (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016)

Buscando minorar esses números, a ANS promoveu medidas de sensibilização dos atores sobre o problema, mediante a promoção de eventos educativos, inserção do critério no Programa de Qualificação de operadoras, publicação de materiais educativos e normativos e fornecimento de pesquisas. Contudo, como a própria Agência Reguladora admite, este conjunto de ações não foi eficaz para modificar o quadro de prevalência de cesarianas. (ANS, 2016a)

Após as determinações judiciais determinadas no âmbito da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, a ANS promulgou a Resolução Normativa nº 368/2015<sup>22</sup> e a Resolução Normativa nº 398/2016<sup>23</sup> e estabeleceu o Programa Parto Adequado (PPA), além de intensificar as medidas de sensibilização dos atores do setor.

Para fins deste trabalho, aplicaremos a Análise Posicional proposta pela AJPE ao Programa Parto Adequado promovido pela ANS, a qual contou com a colaboração da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement e, também, com o apoio do Ministério da Saúde.

Antes de aplicar o método analítico, cabe descrever algumas características e pressupostos do Programa Parto Adequado.

---

<sup>22</sup> “Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar”.

<sup>23</sup> “Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante.”

Segundo a própria cartilha elaborada pela ANS, o Programa Parto Adequado “busca a adoção de modelos de atenção ao parto e nascimento que favoreçam qualidade dos serviços, valorizem o parto normal e contribuam para a redução dos riscos decorrentes de cesarianas desnecessárias.” (ANS, 2016a, p. 10)

Como objetivo específico, o PPA deve “elaborar, testar, avaliar e disseminar um modelo de atenção e nascimento que favoreça a qualidade nos serviços, valorize o parto normal e contribua para a redução de cesarianas desnecessárias e dos riscos delas decorrentes.” (ANS, 2016a, p. 15)

É importante destacar que o Programa Parto Adequado (PPA) foi influenciado pela necessidade de promover a identificação e implementação de “boas práticas” com vistas a melhorar a qualidade atenção ao parto. Boa parte das recomendações decorrem das pesquisas promovidas pelo projeto Nascer no Brasil, principalmente daquelas realizadas por Torres (2014).

E como já mencionado, o Programa tomou impulso após a determinação judicial decorrente da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, onde a ANS se comprometeu a implementar “*um programa de mudança do modelo de atenção ao parto, com estratégias baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis*” (ANS, 2016a, p. 9).

Assim, o Programa foi elaborado e contou com a participação do Institute for Healthcare Improvement para aplicar a metodologia baseada na Ciência da Melhoria voltada a promover a capacitação de profissionais e acompanhar a implementação do programa, bem como do Hospital Albert Einstein, que se tornou responsável por implementar e gerenciar o projeto piloto do PPA.

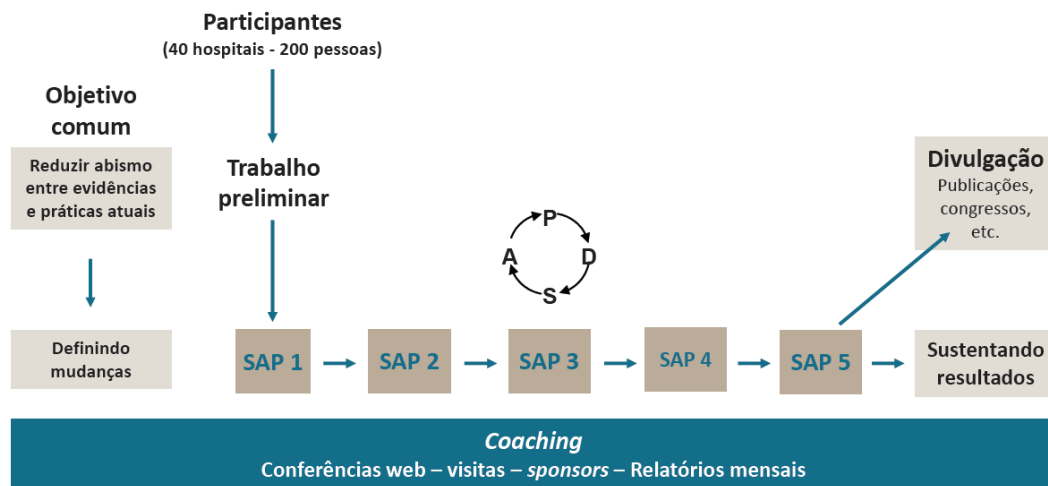
Através da metodologia da Ciência da Melhoria<sup>24</sup>, estruturou-se um modelo de implementação do programa. O modelo se baseava nos seguintes passos.

---

<sup>24</sup> Com lastro em experiências exitosas desenvolvidas antes de um projeto, é formulado um diagrama direcionador com medidas que orienta a organização das ações dos participantes. As medidas são implementadas de forma gradativa, em ciclos de planejar, fazer, estudar e agir (PDSA), sempre testando as inovações, de modo a garantir um favorável e seguro processo de novo modelo de cuidado. (ANS, 2016a)

Figura 2 - Modelo de Melhoria do PPA

FIGURA 1 – IHI *BREAKTHROUGH SERIES* (18 MESES DE DURAÇÃO)



Fonte: IHI, 2003, 2015.

25

Fonte: ANS, 2016a

A partir de tal modelo, houve a realização de sessões de aprendizagem (SAPs) com a troca de experiências entre os profissionais médicos e a capacitação em de equipes em treinamentos práticos no Centro de Simulação Realística do Hospital Albert Einstein, em São Paulo. Um grupo significativo (440) de profissionais de saúde foram treinados em habilidades clínicas nestas sessões. Em sequência, houve a criação de Aprimoramento para Enfermeiros Obstetras, que recebeu os profissionais de hospitais participantes do PPA. (ANS, 2016a)

Houve também a elaboração de um Diagrama Direcionador (DD). Tal Diagrama agrupou as ações e mudanças propostas no PPA. Em que pese a série de ações propostas, elegeram-se três principais: (i) regulação do processo de agendamento de cesarianas eletivas, com a necessidade de justificação da marcação de cesarianas e a possibilidade de auditoria; (ii) a divulgação de resultados dos indicadores da prática de cada médico; e (iii) a promoção da implementação de protocolos de melhores práticas no cuidado obstétrico.

No que tange aos hospitais participantes do piloto do PPA, cumpre informar que

<sup>25</sup> Após a definição de mudanças em um diagrama direcionador, há consecutivas e intermitentes sessões de aprendizagem (SAPs) com os participantes do projeto, com ciclos do processo PDSA, até os resultados.

Foram inscritas 42 instituições, das quais 20 estavam entre as 100 mais relevantes em volume de partos no país. Quanto à localização geográfica, 01 instituição encontra-se localizada na região Norte do Brasil, 04 na região Nordeste, 01 na região Centro-Oeste, 29 na região Sudeste, e 07 na região Sul do Brasil. Quanto à rede de operadoras de planos, 19 instituições inscritas pertencem à rede própria de operadoras de planos. (ANS, 2016a, p.28)

O critério de relevância dos hospitais foi obtido a partir da avaliação dos seguintes critérios: Volume de parto; Taxa de cesarianas; Localização geográfica (necessidade de representar as diferentes regiões do país); sem vínculo com o SUS ou misto; Cobertura da população do município por planos de saúde.

Além dos hospitais inscritos e selecionados, outros hospitais manifestaram interesse em participar e foram incorporados ao programa em uma nova categoria denominada “hospitais seguidores”. Este grupo teve acesso ao material e método desenvolvido ao grupo piloto, sem contar, contudo, com treinamento de visitas de especialistas. Outros três hospitais participaram do PPA na qualidade de “hospitais colaboradores”, tendo acesso às sessões de aprendizagem do Programa.

O projeto piloto do PPA também envolveu a participação de operadoras de planos de saúde, as quais voluntariamente formalizaram termos de acordo institucional com a ANS com o fito de se comprometerem a desenvolver e implementar um modelo de financiamento da prestação serviços obstétricos nos projetos pilotos de forma a favorecer a qualidade dos serviços aos pacientes da obstetrícia. Este grupo, denominado “operadoras apoiadoras” também foi avaliado quanto a efetividade do apoio através da adoção de diferentes ações.

Na data da escrita deste trabalho, o PPA já havia finalizado seu Projeto Piloto e se encontrava na Fase 2 e alguns resultados da Fase 1 – Projeto Piloto – já estavam disponíveis.

A Fase 2 do Programa Parto Adequado, por sua vez, está expandindo a experiência do projeto piloto à 90 hospitais e a inclusão de nova operadoras apoiadoras, que ao total somam 62. Dados parciais desta Fase também já estavam disponíveis.

Estas são as principais características da política pública que será analisada sob o enfoque da Análise Posicional da AJPE. Passa-se agora a identificar o direito fundamental correlato.

### **2.3.3. O direito fundamental correlato: direito à saúde das gestantes e parturientes dos hospitais participantes do PPA**

Como visto no item anterior, o Programa Parto Adequado tem o objetivo de promover a qualidade dos serviços obstetrícios, com a valorização do parto normal e diminuição de cesarianas desnecessárias.

O projeto piloto do programa foi implementado em um grupo de 42 hospitais, os quais se comprometeram a capacitar profissionais e implementar as medidas elaboradas pelo PPA.

A Fase 2 do Programa expandiu-se à um total de 90 hospitais, que tem recebido à mesma capacitação profissional e institucional dos atores do PPA.

Dessa forma, tem-se que a política pública ora analisada repercute no **direito à saúde** das gestantes/parturientes beneficiárias dos serviços prestados pelos hospitais participantes do PPA, sendo este o direito subjetivo correlato.

Como visto acima, a inserção do direito à saúde de forma universal e fundamental decorrem do engajamento político de setores da sociedade. Como resultado da atuação de movimentos e segmentos profissionais e acadêmicos, a noção de direito universal à saúde foi incorporada ao texto constitucional de 1988. O art. 196 da Constituição Federal é enfático.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Como se vê, o texto constitucional indica que o direito à Saúde deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas (*policy*). Disso sucede que o conteúdo do direito é estabelecido justamente pelas políticas de saúde implementadas. Tal característica expressa no Texto Constitucional sintoniza-se com

os pressupostos da Análise Jurídica da Política Econômica, conforme apresentado no item 2.2. deste trabalho.

Com efeito, o direito à saúde se insere na categoria de direitos sociais, prevista no rol do art. 6º da Constituição Federal.

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Corresponde, pois, à um direito social, e, portanto, caracteriza-se com um *direito de consumo* para a AJPE.

Para além disso, convém assinalar que a assistência à saúde também foi designada, de forma livre e complementar à iniciativa privada, nos termos do art. 199 da Constituição do Brasil.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Deve-se observar, ainda, que foi imposta à ANS o dever de defender o interesse público da assistência suplementar de saúde (art. 3º, da Lei nº 9.961 de 2000), inclusive quanto ao zelo da qualidade de serviços de assistência à saúde no setor (art. 4º, inciso XXXVII, da Lei nº 9.961 de 2000).

Considerando os preceitos constitucionais e legais aqui expostos, resta evidenciado que o Programa Parto Adequado afeta o direito à saúde, previsto no art. 196 da CF, cuja tutela pela qualidade da assistência foi imposta à ANS.

#### **2.3.4. Decomposição analítica da fruição do direito – componentes prestacionais**

Uma política de redução de partos cesarianos passa pela implementação de medidas em diversas frentes.

Como apresentado no capítulo 1, são diversos os fatores que estão associados à prevalência do procedimento cesariano no setor suplementar de saúde.

No entanto, para fins deste trabalho, decomporomos o direito correlato afetado pelo projeto piloto do Programa Parto Adequado (considerado em seu aspecto de fruição) a partir dos dados disponíveis ao pesquisador deste trabalho<sup>26</sup>.

Os dados que aqui serão expostos foram obtidos a partir das apresentações feitas aos participantes do PPA e disponíveis ao público no portal eletrônico da ANS<sup>27</sup>.

Os componentes prestacionais, correspondentes a características técnicas da política de saúde focalizada nos serviços obstétricos, serão os seguintes:

- Taxa de uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor do parto por hospitais (notação F)
- Taxa de adoção de modelo de remuneração alternativo ao *fee for service* por operadoras (notação R)
- Taxa de credenciamento de enfermeiras obstétricas (notação E)
- Taxa de partos normais em gestações de mulheres dos grupos I a IV (notação P)
- Taxa de internações em UTI de nascidos vivos para cada 1000 (notação U)
- Taxa de eventos adversos para cada 1000 (notação A)
- Grau de satisfação com a equipe (notação G)
- Grau de satisfação com o hospital (notação H)

O primeiro e relevante componente prestacional é o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor do parto, que será identificado pela notação “F” no índice de fruição empírica (IFE).

O uso de tais métodos foi identificado como uma das boas práticas obstétricas implementado no programa perinatal multifacetado (PPM) do hospital atípico no estudo realizado Torres (2014), como descrito na seção 1 desta monografia.

---

<sup>26</sup> Cabe ressaltar que o presente trabalho tem o objetivo de demonstrar a aplicação da Análise Posicional promovida pela AJPE. Não tem, pois, a pretensão de esgotar a análise sobre os componentes prestacionais envolvidos no direito afetado. Uma análise robusta da política pública demandaria pesquisas mais profundas em dados não acessíveis ao público ou a realização de estudos próprios mais prolongados em campo, o que não é o objetivo desta monografia.

<sup>27</sup> Disponível em <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>>



Noutra ponta, como parte integrante do PPA, as operadoras de planos de saúde também contribuíram para o processo de mudança do problema do excessivo número de cesarianas.

Nesse sentido, foi possível medir o grau de participação das operadoras participantes no que tange às mudanças relativas ao modelo de remuneração dos profissionais médicos que participam de partos, a criação de canais de comunicação com consumidoras/gestantes, grau de credenciamento de enfermeiras obstétricas, grau de acompanhamento dos hospitais.

Especificamente quanto aos modelos de remuneração, estudos como o descrito na seção 1 deste trabalho indicam que a forma de remuneração influencia as decisões do médico quanto a decisão sobre qual tipo de parto será realizado. Santos e Schuckebeer (2017) indicaram que o modelo *fee-for-service* tem se mostrado como uma determinante no aumento das indicações eletivas de partos. Noutro lado, as autoras apontam que o modelo de pagamento por performance (P4P) tende a ser uma forma promissora no estímulo da adoção de métodos mais benéficos na assistência do parto, inobstante a ausência de evidências para suporte. (SANTOS; SCHLUCKEBIER, 2017)

No mesmo sentido é a indicação da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a qual estimula a adoção modelos de pagamento que incorporam metas de qualidade, tais como o *pay for performance* e outros (*add-on payments, population-based payment*). (OCDE, 2016)

Dessa forma, dada a importância deste fator, a participação da operadora na elaboração e implementação de modelos de remuneração alternativos será compreendida como um componente prestacional, identificada sob a notação “R”.

O credenciamento de enfermeiras obstétricas também será considerado como um componente prestacional do direito, identificado sob a notação “E”.

Destaca-se que o estudo apresentado por Torres (2014) indicou que o programa inovador (PPM) contava com enfermeiras obstétricas tanto nas equipes de pré-natal como nas equipes de parto e pós-natal.

Com efeito, convém assinalar que, como fruto da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, ANS emitiu a RN nº 398, que dispõe sobre de credenciamento de enfermeiros obstétricos e obstetristas por planos de saúde, tornado propício a implementação da medida por planos de saúde.

Outra questão que merece especial atenção é a prevalência de cesarianas no conjunto de gestantes pertencentes aos grupos I a IV do índice de Robson, as quais apresentaram quadro clínico favorável ao parto normal. (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016)

Justamente em razão do quadro clínico favorável, o aumento do número de partos pela vaginal em gestantes destes grupos representa um bom indício de efetividade da política pública ora analisada, pois simultaneamente expressa a redução de partos cesarianos desnecessários. Tal indício foi medido e será avaliado na Análise Posicional sob a notação “P”.

Além destes componentes prestacionais relacionados à implementação de medidas/práticas médicas, há de se destacar os índices relativos à qualidade dos serviços obstétricos.

Um dos índices mais relevantes, a qual releva a qualidade do serviço à saúde dos hospitais em relação ao binômio mãe-filho, é a taxa de internações em UTI de neonatais.

Segundo estudos médicos, há uma associação entre o aumento de cesarianas e o aumento do número de internações de recém-nascidos em hospitais. Dessa forma, que a implementação do PPA resulte na redução do número de internações em UTI. Este índice foi aferido pelo Programa e será considerado como componente prestacional, identificado sob a notação “U”. Cumpre assinalar que tal índice expressa a qualidade assistencial dos serviços obstétricos.

Outro índice que será considerado é a taxa de eventos adversos em partos. Esta taxa mede o número de complicações em partos<sup>28</sup>. Este índice também expressa a qualidade assistencial dos serviços obstétricos, que tem de identificar e reagir devidamente à possíveis eventos adversos do parto, antes ou durante do procedimento. A identificação desse índice será feita pela notação “A”.

Também serão considerados como índices de efetividade do Programa as taxas de satisfação das gestantes com relação à equipe médica (identifica sob a notação “G”) e com relação ao hospital (identificada sob a notação “H”).

---

<sup>28</sup> Inobstante a ausência de especificação sobre o que são os eventos adversos nos dados da ANS, na literatura médica entende-se como evento adverso a presença das seguintes situações: hemorragia pós-parto grave, pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, sepse/infecção sistêmica grave, rotura uterina, complicações graves do abortamento e disfunções cardiovascular, respiratória, renal, hematológica, hepática, neurológica, uterina e óbito. (OMS, 2011)

Tais índices expressam, por via transversa, a qualidade dos serviços obstétricos prestados e atenção à gestante, assim, como a sua avaliação sobre a estrutura hospitalar e grau de capacitação dos profissionais de saúde.

Além do mais, a AJPE tem como característica a valorização da experiência daquelas pessoas titulares do direito subjetivo correlato à política pública analisada. Assim, é plenamente justificável incorporar à Análise Posicional o grau subjetivo de satisfação das parturientes atingidas pelo PPA.

Estes são os componentes prestacionais que serão objetos de análise.

### **2.3.5. Índice de Fruição Empírica**

A fórmula do Índice de Fruição Empírica (IFE) indicará a fruição do direito fundamental correlato identificado, que é o direito à saúde de gestantes usuárias dos serviços privados de saúde participantes do PPA. Este índice será denominado como “S” na fórmula e agrupará os indicadores dos componentes especificados anteriormente.

Cumprir destacar que a criação da fórmula também deve observar o pressuposto de toda análise da AJPE, qual seja, a concepção de direito presa à fruição empírica. Isso significa que os componentes prestacionais podem ter pesos diferenciados na fórmula do IFE, a depender de sua relevância, importância e/ou capacidade de influenciar a fruição de determinado direito.

A relevância e importância de componentes prestacionais podem decorrer de uma percepção subjetiva dos sujeitos relacionados à política pública analisada, ou de estudos científicos que objetivam alcançar esse fim.

Nesse ensejo, passa-se a discorrer sobre a relevância de determinados componentes prestacionais, conforme apurado nos estudos descritos na seção 1 desta monografia.

### **Relevância elevada da Adoção de modelos de remuneração alternativos ao *fee for service* (R) e do Credenciamento de enfermeiras obstétricas por operadoras (E)**

Cumprir trazer à tona as lições do estudo realizado por Torres (2014) no estudo “*Como reduzir cesarianas sem indicação clínica em hospitais privados no*

*Brasil? Lições de um programa perinatal multifacetado bem sucedido*” já apresentado na seção 1.

Naquela oportunidade, identificou-se que a cultura favorável à medicalização do parto e nascimento, o modelo assistencial em que um único médico é responsável por todas as decisões relativas ao pré-natal, parto e puerpério, a conveniência médica e a lógica de organização das maternidades privadas são os fatores de alta relevância para a prevalência de cesarianas desnecessárias nos hospitais.

Além do mais, apontou-se naquele estudo que um programa que vise reduzir o número de cesarianas desnecessárias deve conjugar a implementação das seguintes medidas:

- (1) eliminar incentivos para a indicação de cesarianas por conveniência; (2) definir que as equipes de assistência ao parto sejam compostas por médicos e enfermeiras obstétricas/ obstetrizas; (3) incentivar e monitorar os hospitais privados quanto a adoção de estrutura e processo de trabalho relativos à excelência clínica. (TORRES, 2014, p. 93)

Cabe agora associar os componentes ora identificados às conclusões e constatações deste estudo.

Percebe-se que a adoção de modelos de remuneração alternativos ao *fee for service* (R) está ligada à eliminação de incentivos para a eleição de cesarianas por conveniência, sendo, assim, uma relevante medida do PPA.

Noutro passo, cabe associar o credenciamento de enfermeiras obstétricas (E) à possibilidade de formação de equipes de assistência ao parto formadas por enfermeiras obstétricas e médicos, sendo, portanto, uma relevante medida a ser adotada por uma política pública que vise a redução de partos cesarianos.

Por essas razões, ambos os componentes (modelo de remuneração alternativo ao *fee for service* e credenciamento de enfermeiras obstétricas por operadoras) terão peso dobrado no cálculo do IFE.

**Relevância elevada do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto por hospitais (F)**

Será conferido peso de 1,5 ao componente relativo ao uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto (F), por constituir uma medida cuja influência na redução do problema em questão foi apontada nos estudos “*Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section (Review)*” e “*Como reduzir cesarianas sem indicação clínica em hospitais privados no Brasil? Lições de um programa perinatal multifacetado bem sucedido*”, expostos na seção 1 desta monografia.

### **Menor e igual relevância dos demais componentes**

Os outros índices (P, U, A, G e H) terão o peso igual a 1, pois refletem medidas de qualidade do serviço obstetrício prestado pelos hospitais afetados, não se observando, por ora, distinções quanto à importância entre eles.

### **Inserção dos componentes na Fórmula do IFE (S)**

Para se inserirem na fórmula do IFE, as variáveis F, R, E, P, G e H serão postas sem a sua porcentagem (%), enquanto que as variáveis U e A serão inseridas da seguinte forma: -U e -A, pois derivam de taxas negativas à política de saúde.

A fórmula será feita a partir da média aritmética destes indicadores, na forma acima descrita.

Considerando os pontos elencados acima, a fórmula do IFE ficará assim:

$$S = \frac{1,5F + 2R + 2E + P - U - A + G + H}{10,5}$$

### **2.3.6. Mensuração dos componentes**

Passa-se a quantificar os componentes prestacionais e apresentar os índices relevantes do PPA.

Como já mencionado, os dados que a seguir serão apresentados advêm das exposições de resultados do PPA feita por gestores do projeto e/ou

pesquisadores. Estas apresentações foram disponibilizadas ao público no site eletrônico da ANS<sup>29</sup>.

A partir da busca feita pelo autor deste trabalho, foi possível verificar que os dados do Programa eram disponibilizados após o seguinte processo: os hospitais participantes comprometiam-se a enviar os dados brutos de seu hospital relativos a alguns indicadores ao IHI, que, por sua vez, encarregava-se de agrupar, processar e interpretar estes dados e depois repassava aos outros envolvidos no PPA, que em sessões de aprendizagem os expunha.

Com efeito, convém assinalar que alguns gráficos e informações apresentam recortes diferentes, sobre lapsos temporais e grupos de hospitais distintos. Trata-se de uma limitação deste estudo.

No entanto, tal limitação metodológica não invalida os resultados deste trabalho. A uma porque os dados advêm de todos os hospitais privados ou mistos participantes do PPA. Os dados também possuem um recorte geral, pois ou abrangem o ano de 2015 e 2016, ou, em sua maioria, o ano de 2017. A duas porque o objetivo desta monografia é demonstrar a aplicação do modelo analítico da AJPE.

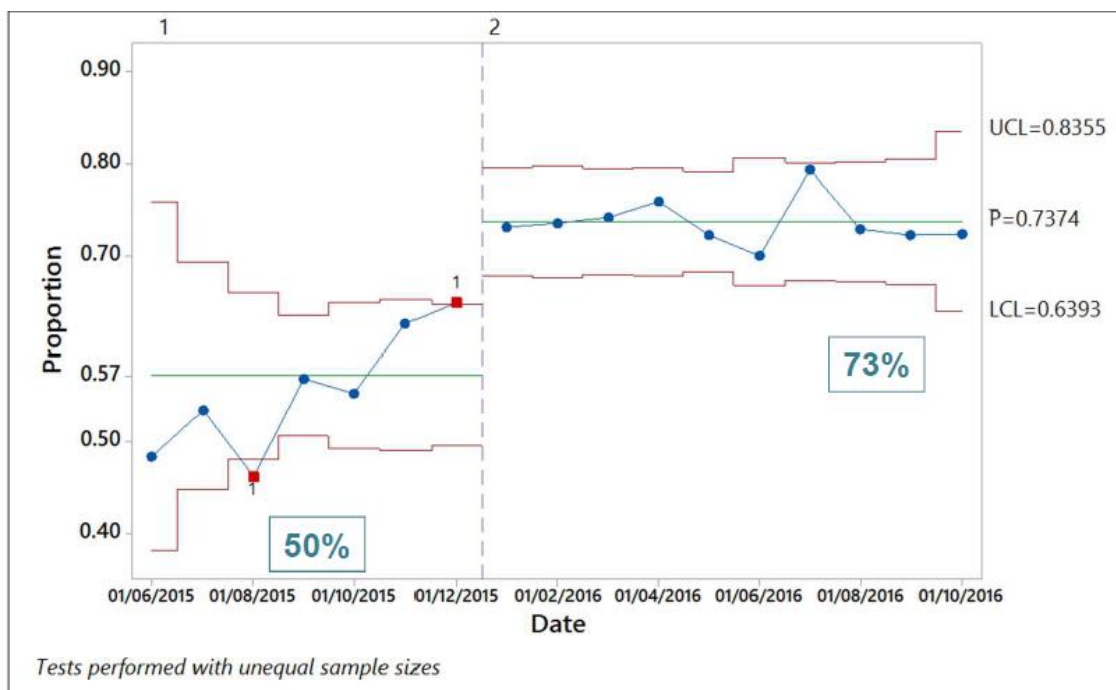
### **Taxa de uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto por hospitais (F)**

Nesse ensejo, o primeiro componente identificado foi o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto. Observou-se, na Fase 1 do PPA, a qual abrangeu os anos de 2015 e 2016 no grupo piloto de hospitais, um incremento médio de 23% do uso destes métodos de alívio:

---

<sup>29</sup> <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>

Gráfico 1 - Uso de métodos não farmacológicos – piloto 35 hospitais – 2015/2016



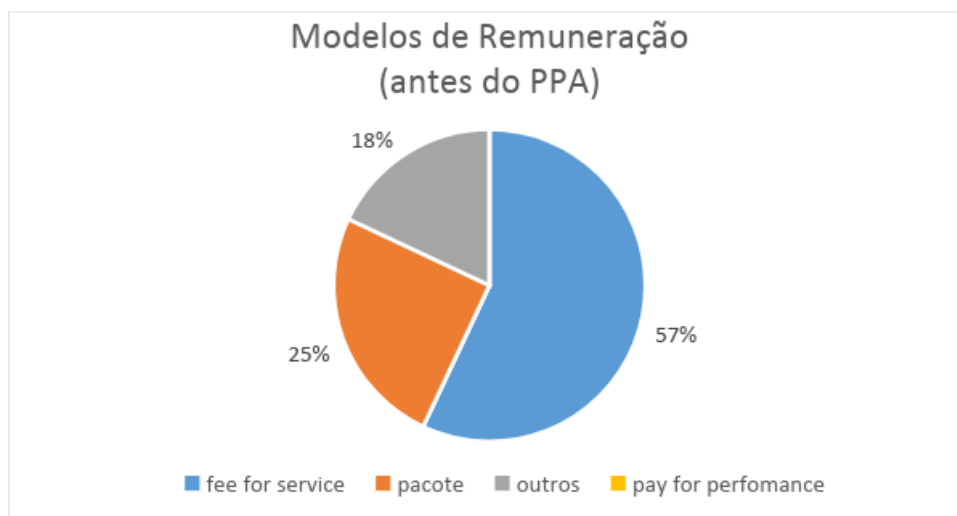
Fonte: ANS, 2017

Repara-se que o recorte temporal realizado nesta apuração não é contemporâneo de outros dados que a seguir serão expostos. No entanto, será incorporado no Índice de Fruição Empírica (IFE) dada a sua relevância, embora seja uma limitação metodológica da pesquisa. O valor considerado será o índice de 73% medido na última apuração.

### Taxa de adoção de modelos de remuneração alternativos ao *fee for service* por operadoras (R)

Com relação a participação das operadoras na elaboração e implementação de modelos de remuneração alternativos, com vistas a estimular a adoção de melhores medidas médicas, cumpre destacar o seguinte: Antes do PPA, 57% das operadoras remuneravam por *fee for service* e 25% das operadoras remuneravam por pacote. (ANS, 2018a)

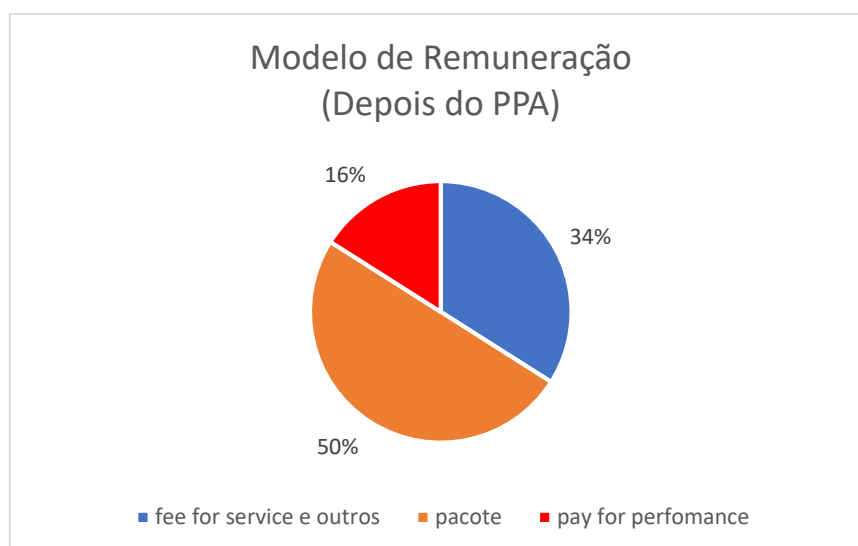
Gráfico 2 - Modelo de remuneração adotado pelas operadoras antes do PPA



Fonte: ANS, 2018a; Elaboração: o autor

Durante o PPA, 25% das operadoras passaram a remunerar por pacote e 16% começaram a utilizar o modelo de *pay for performance*, com o emprego de dois indicadores: percentual de partos vaginais e percentual de partos vaginais sem evento adverso).

Gráfico 3 - Modelo de remuneração adotado pelas operadoras durante o PPA



Fonte: ANS, 2018a Elaboração: o autor

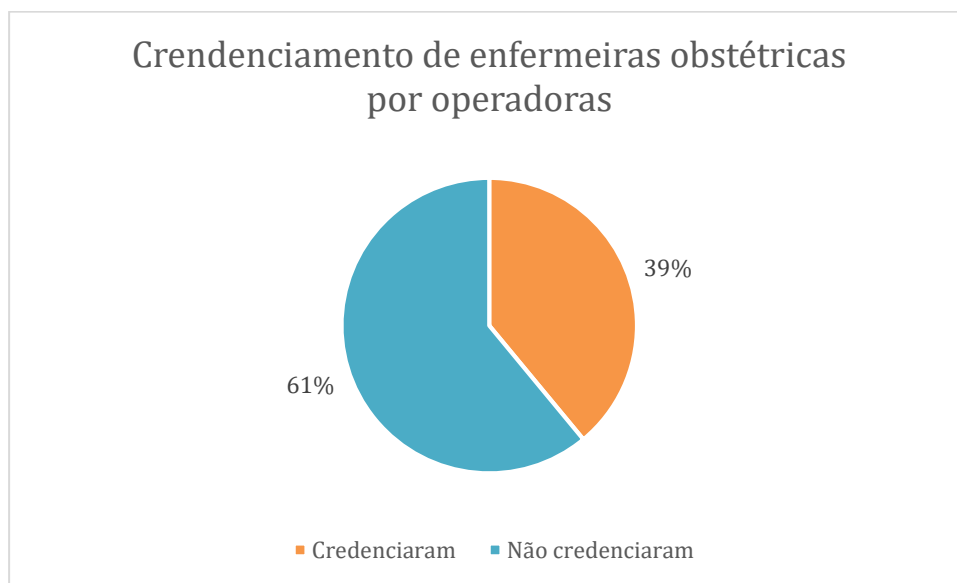
Será tomado como indicador deste componente prestacional (R) a soma das porcentagens das operadoras que adotaram o modelo de pacote ou o modelo de *pay for performance*, que resulta na porcentagem de 66%.



### **Taxa de credenciamento de enfermeiras obstétricas por operadoras (E)**

Quanto ao credenciamento de enfermeiras obstétricas, aferiu-se que 39% das operadoras participantes credenciaram enfermeiras obstétricas, valor que será considerado na análise posicional. (ANS, 2018)

Gráfico 4 - Porcentagem de operadoras que credenciaram enfermeiras obstétricas



Fonte: ANS, 2018a; Elaboração: o autor

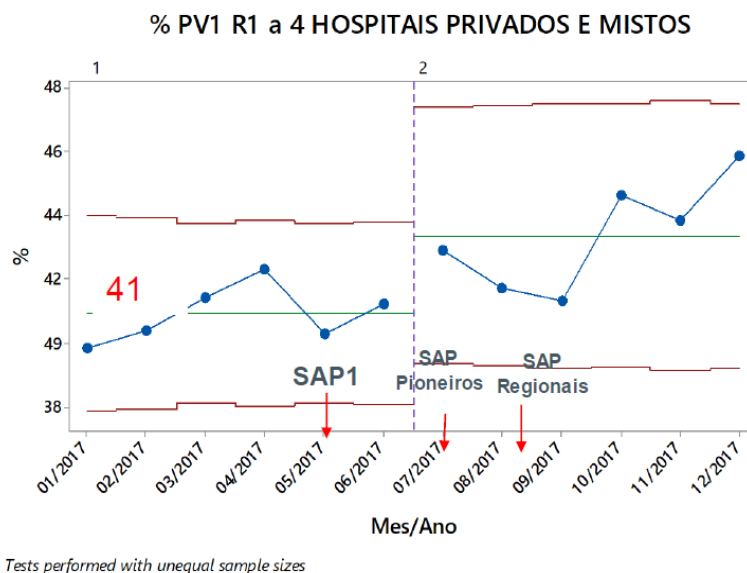
### **Taxa de partos normais em gestações de mulheres dos grupos I a IV da classificação de Robson (P)**

No que tange ao índice de prevalência de cesarianas do conjunto de mulheres pertencentes aos grupos I a IV da Classificação de Robson dos 78 hospitais privados ou mistos participantes do PPA, cumpre assinalar o percentual de partos vaginais saltou de 39,8% em janeiro de 2017 para 45,8% em dezembro de 2017, conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 5 -Taxa de partos normais em gestações de mulheres dos grupos I a IV da classificação de Robson

**78 hospitais**  
(79% dos PRIVADOS e MISTOS, incluindo os pioneiros)

Mes/Ano	PV R 1 a 4 PRIVADO e MISTOS	PARTOS	N
01/2017	3178	7982	78
02/2017	3323	8228	78
03/2017	3934	9501	78
04/2017	3782	8938	78
05/2017	3824	9496	78
06/2017	3833	9302	78
07/2017	3841	8949	78
08/2017	3648	8740	78
09/2017	3470	8401	78
10/2017	3821	8563	78
11/2017	3562	8127	78
12/2017	3857	8406	78



Fonte: ANS, 2018b

Será considerado na análise o último valor aferido, qual seja o índice de 45,88% (= 3.857/8.406), para fins de quantificação do índice “P” do IFE.

### **Taxa de internações de recém-nascidos com peso normal (maior ou igual a 2.500 gramas) em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) (U)**

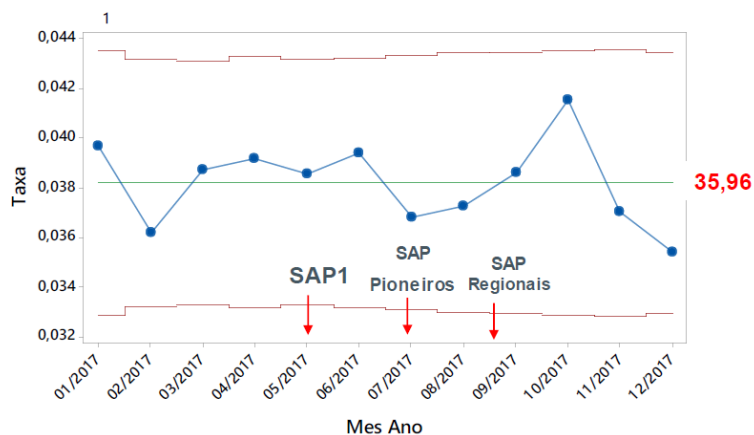
No que se refere a taxa de internações de recém-nascidos com peso normal (maior ou igual a 2.500 gramas) em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), já se esperava que a diminuição de partos cesarianos repercutisse na redução deste índice, tendo em vista a associação encontrada em estudos científicos. Tal previsão se confirmou, como se observa no gráfico a seguir.

Gráfico 6 - Taxa de internações em UTI de nascidos vivos ( $\geq 2.500\text{g}$ ) sobre o total

**53 Hospitais**  
**(42% de todos os hospitais do PPA)**

Mes Ano	Adm UTI 2,5 kg	todos	N1
01/2017	439	11058	53
02/2017	463	12792	53
03/2017	502	12970	53
04/2017	481	12272	53
05/2017	497	12884	53
06/2017	491	12465	53
07/2017	442	12009	53
08/2017	429	11506	53
09/2017	437	11320	53
10/2017	462	11113	53
11/2017	401	10828	53
12/2017	401	11333	53

Taxa de Adm UTI 2,5 kg todos os partos Todas as gestantes (x1000)



Tests performed with unequal sample sizes

Fonte: Extranet 15/03/2018



Fonte: ANS, 2018b

Repara-se que os dados deste índice abrangem 53 hospitais do PPA (42% do total), abrangendo tanto os hospitais públicos quanto os privados. Tal índice ainda permite aferir a qualidade da efetividade do PPA, pois mede umas das consequências de melhores práticas obstétricas nos hospitais afetados.

Assim, cumpre considerar, para fins de quantificação no IFE deste índice, o último valor aferido, que é de aproximadamente 35 internações por 1000 nascidos vivos ( $= 401/11.333$ ).

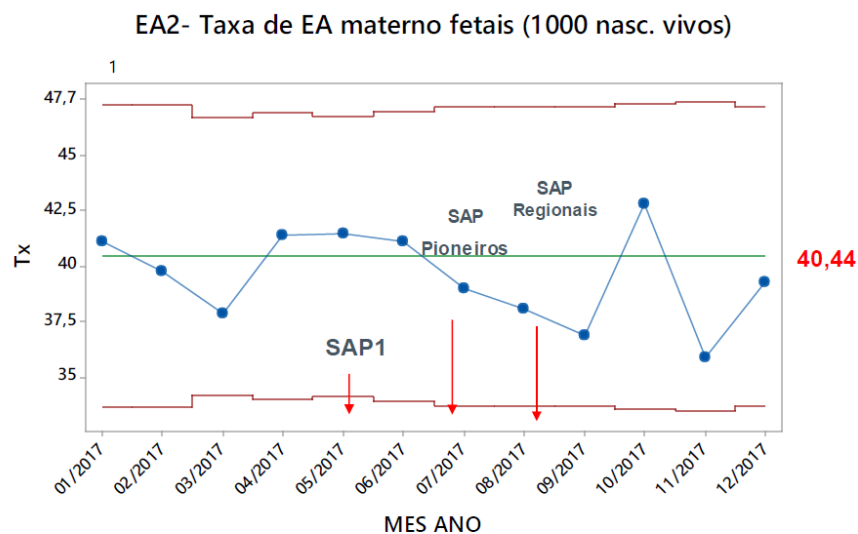
### **Taxa de eventos adversos entre os partos realizados nos hospitais afetos pelo PPA (A)**

O índice de eventos de adversos entre os partos realizados nos hospitais afetos pelo PPA foi aferido a partir do seguinte gráfico:

Gráfico 7 - Taxa de eventos adversos para cada 1000 nascidos vivos

**30 Hospitais**  
(24% de todos os hospitais do PPA)

MES ANO	TX EA	Todos	N1
01/2017	273	6637	30
02/2017	260	6543	30
03/2017	294	7773	30
04/2017	302	7291	30
05/2017	317	7641	30
06/2017	298	7244	30
07/2017	264	6776	30
08/2017	258	6773	30
09/2017	249	6757	30
10/2017	277	6469	30
11/2017	227	6325	30
12/2017	263	6702	30



Tests performed with unequal sample sizes

Fonte: Extranet 15/03/2018



Fonte: ANS, 2018b

Nesta amostra, os dados se referem 30 hospitais do PPA (24% do total) abrangendo tantos os hospitais públicos quanto os privados.

Com efeito, será considerado no IFE, o último valor aferido, que é aproximadamente de 39 eventos adversos por 1000 nascidos vivos (= 263/6.702).

### Grau de satisfação de gestantes com a equipe profissional (G)

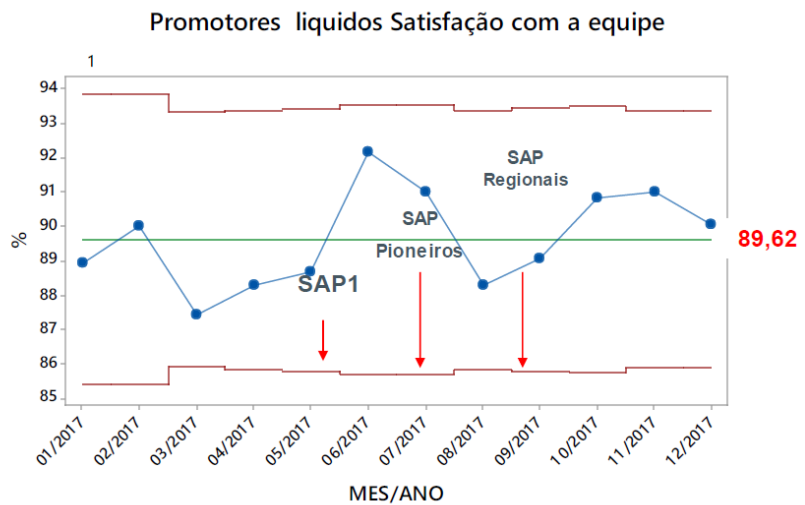
Por fim, cabe expor os índices relativos ao grau de satisfação das gestantes pacientes dos hospitais participantes do PPA. O primeiro índice expressa o grau de satisfação de gestantes com a equipe profissional que a atendeu, e o segundo com o hospital. Ambos foram medidos através de questionário que continham uma escala de 1 a 10 de satisfação, sendo o valor proporcional à satisfação.

No que se refere ao índice de satisfação com a equipe, apurou-se o seguinte:

Gráfico 8 - Grau de satisfação com a equipe

**25 Hospitais**  
(20% de todos os hospitais do PPA)

MES/ANO	Prom liq Sat equipe	total	N1
01/2017	1711	1924	25
02/2017	1721	1912	25
03/2017	2171	2483	25
04/2017	2127	2409	25
05/2017	2095	2363	25
06/2017	2061	2236	25
07/2017	2013	2212	25
08/2017	2127	2409	25
09/2017	2071	2325	25
10/2017	2083	2293	25
11/2017	2203	2421	25
12/2017	2217	2462	25



Tests performed with unequal sample sizes

Fonte: Extranet 12/02/2018



Fonte: ANS, 2018b

Por ser o último valor aferido, será considerado o valor de 90% (= 2217/2462) como o grau de satisfação com a equipe hospitalar.

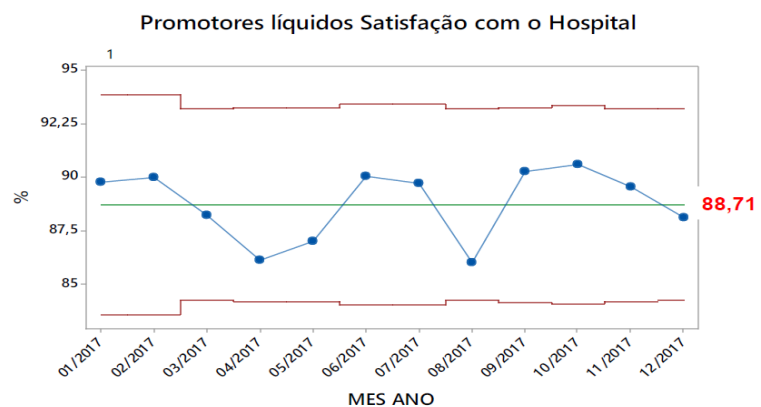
## Grau de satisfação de gestante com o hospital (H)

Quanto ao grau de satisfação com o hospital, constatou-se o seguinte:

Gráfico 9 - Grau de satisfação com o hospital

**24 Hospitais**  
(19 % de todos os hospitais do PPA)

MES ANO	Prom líquido Sat Hosp	Total	N1
01/2017	1599	1781	24
02/2017	1595	1773	24
03/2017	2043	2316	24
04/2017	1935	2248	24
05/2017	1977	2272	24
06/2017	1899	2109	24
07/2017	1895	2113	24
08/2017	1991	2315	24
09/2017	2026	2244	24
10/2017	1958	2161	24
11/2017	2061	2302	24
12/2017	2062	2340	24



Tests performed with unequal sample sizes

Fonte: Extranet 12/02/2018



Fonte: ANS, 2018b

O último grau de satisfação é de 88%, índice que será considerando na formação no Índice de Fruição Empírica (IFE).

### Componentes mensurados

Para melhor visualização de todos os componentes e índices aqui identificados, com suas respectivas notações e valores, observa-se a seguinte tabela:

Tabela 3 - Valores do IFE do PPA (S)

Componentes	Notação	Valor
Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor	F	73
Adoção de modelo de remuneração alternativo ao <i>fee for service</i>	R	66
Credenciamento de enfermeiras obstétricas	E	39
Índices de efetividade e qualidade		
Taxa de partos normais em gestações de mulheres dos grupos I a IV	P	45
Taxa de internações em UTI de nascidos vivos para cada 1000	U	35
Taxa de eventos adversos para cada 1000	A	39
Grau de satisfação com a equipe	G	88
Grau de satisfação com o hospital	H	90

Fonte e elaboração: o autor

#### 2.3.7. Índice de Fruição Empírica do PPA (S)

Preenchendo os indicadores com os valores do PPA, chega-se ao seguinte índice de Fruição Empírica (S).

$$S = \frac{1,5 * 73 + 2 * 66 + 2 * 39 + 45 - 35 - 39 + 88 + 90}{10,5}$$

$$S = 44,61$$

O IFE do PPA é, portanto, 44,61.

Tal valor será comparado com o Padrão de Validação Jurídica que a seguir será elaborado, a fim de se identifique eventuais deficiências do PPA em relação ao que se considera justo, em termo de fruição empírica do direito à saúde de gestantes.

### **2.3.8. Elaboração do Padrão de Validação Jurídica**

Como descrito anteriormente neste trabalho, o Padrão de Validação Jurídica (PVJ) é um *bechmark* do índice de fruição do direito correlato à política pública afetada. Ele expressa um ponto em que se diz que o direito em análise está sendo usufruído validamente pelos seus titulares.

Para a formação do PVJ, pode-se considerar metas governamentais, experiências de outros contextos e agrupamentos sociais, bem como as recomendações e regulamentos internacionais. (CASTRO, 2009)

O PVJ deste trabalho será criado a partir da mesma fórmula do IFE (S), como é o indicado. No entanto, as variáveis do PVJ representarão aqueles valores considerados ideais e/ou “justos”, conforme se pode apurar em metas governamentais estabelecidas pela própria ANS, além de recomendações e estudos internacionais.

### **Parâmetro do componente P**

O primeiro indicador-padrão a ser preenchido é o indicador “P”, relativo à taxa de partos vaginais em gestações de mulheres dos grupos I a IV da Classificação de Robson.

Um estudo feito por Nakamura-Pereira et al. (2016), a qual se insere no conjunto de pesquisas do Inquérito Nascido no Brasil, analisou a distribuição da população de gestantes segundo a Classificação de Robson no setor privado de saúde. Constatou-se a seguinte distribuição de mulheres: 6,4 % pertencem ao grupo I, 39,3% pertencem ao grupo II, 5,4% pertencem ao grupo III e 6,4% pertencem ao grupo IV. O total percentual de mulheres destes grupos é igual a 57,5%.

O mesmo estudo verificou a contribuição de cada grupo para o total de cesarianas, que chegou ao número de 67,7% sobre o total de partos. Verificou-se, pois, que o grupo I era responsável por 3,2% das cesarianas, o grupo II por 43,4%, o

grupo III por 0,7% e grupo IV por 6,4%, totalizando 53,7%. (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016)

Dito isso, cumpre trazer a meta da ANS sobre a taxa de cesarianas do setor privado. A ANS estabeleceu a taxa de 45% de partos cesáreas sobre o número total em seu programa de qualificação de operadoras.<sup>30</sup>

Assim sendo, considerando que 53,7% das cesarianas decorrem do conjunto de mulheres dos grupos de I a IV da classificação de Robson, para que se chegue à taxa de cesarianas de 45% proposta pela ANS, este conjunto de mulheres deve ter uma taxa de cesarianas igual a 36%<sup>31</sup>.

Logo tal conjunto de mulheres deve ter uma taxa de partos normais de 64% sobre o total. Este número que será considerado como parâmetro do indicador “P”.

### **Parâmetro do componente A**

Para indicar o parâmetro do indicador “A”, a qual faz referência à taxa de eventos adversos em partos, faz-se oportuna a referência ao indicativo trazido no relatório da OMS intitulado *“Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: A abordagem do near miss da OMS para a saúde materna”* (2011) em que se verificou o número esperado de complicações no parto é de 37 por 1000 partos. Este número “37” será o parâmetro do indicador “A”.

### **Parâmetro do componente U**

No que se refere ao parâmetro “U”, cumpre relatar que o presente autor não encontrou recomendações internacionais ou nacionais quanto a taxa de admissão de neonatais em UTIs. No entanto, foi possível identificar índices relativos a experiências internacionais.

O primeiro relevante, porém genérico, índice de taxa de admissões em UTIs foi encontrado no *“the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health”*. Esse estudo englobou dados de 314.623 mulheres atendidas em 357 unidades de saúde em 29 países, no período de maio de 2010 a 31 de dezembro de

---

<sup>30</sup> Ver ANS, 2016b

<sup>31</sup> Valor aproximado



2011. O relatório desta investigação apontou o número de 67 internações em UTIs neonatais a cada 1000 nascidos vivos. (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016)

Um segundo estudo também foi encontrado reportando, de maneira mais específica, a taxa de admissões em UTIs neonatais conforme o peso de nascimento. Tal pesquisa foi conduzida por Harrison e Goodman (2015) e englobou dados relativos aos Estados Unidos, nos anos de 2007 a 2012. A investigação indicou que em 2012, o número de admissões em UTIs neonatais cujo peso é superior a 2.500 g é de 43 a cada 1000 nascidos vivos.

Adotaremos o número “43”, verificado no segundo estudo, como parâmetro do indicador “U”, por decorrer do mesmo critério do índice medido no PPA, qual seja, a taxa de admissões neonatais em UTIs com peso superior a 2.500g.

### **Parâmetros dos componentes F, R e E**

Os parâmetros das notações F, R e E, que correspondem a respectivamente a taxa de uso de métodos não farmacológicos, taxa de adoção de modelo remuneratório alternativo e taxa de credenciamento de enfermeiras obstétricas, serão 100%, tendo em vista que a implementação total destas medidas poderá conduzir à efetividade da política pública analisada, como já destacado nesta monografia.

### **Parâmetros dos componentes G e H**

Os parâmetros dos indicadores G e H, relativos ao grau de satisfação das gestantes com a equipe médica e com hospital, serão considerados no valor um pouco mais baixo (90%), tendo em vista que não há como indicar objetivamente um parâmetro justo deste fator, dada a subjetividade envolvida.

#### **2.3.9. O Padrão de Validação Jurídica**

Ante o exposto, cabe agrupar os valores dos indicadores do PVJ na seguinte tabela.

Tabela 4 - Valores do PVJ

Componentes	Notação	Valor
Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor	F	100
Adoção de modelo de remuneração alternativo ao <i>fee for service</i>	R	100
Credenciamento de enfermeiras obstétricas	E	100
Índices de efetividade e qualidade		
Taxa de partos normais em gestações de mulheres dos grupos I a IV	P	64
Taxa de internações em UTI de nascidos vivos para cada 1000	U	43
Taxa de eventos adversos para cada 1000	A	37
Grau de satisfação com a equipe	G	90
Grau de satisfação com o hospital	H	90

Fonte e elaboração: o autor

E completando as variáveis, chega-se ao valor do PVJ conforme a seguinte conta:

$$PVJ = \frac{1,5 * 100 + 2 * 100 + 2 * 100 + 64 - 43 - 37 + 90 + 90}{10,5}$$

$$PVJ = 68$$

Como se vê, o PVJ é 68.

Quantificado o PVJ, cabe agora comparar e avaliar os resultados do IFE do PPA (S).

### 2.3.10. Avaliação dos Resultados

Para avaliar os resultados, cabe comparar os indicadores e os resultados do IFE e do PVJ, conforme a seguinte tabela.

Tabela 5 - Comparação entre os valores do IFE do PPA (S) e PVJ

Componentes	Notação	Valor - S	Valor - PVJ	Diferença percentual (PVJ/D) -1
Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor	F	73	100	37%
Adoção de modelo de remuneração alternativo ao <i>fee for service</i>	R	66	100	52%
Credenciamento de enfermeiras obstétricas	E	39	100	156%
Índices de efetividade e qualidade				
Taxa de partos normais em gestações de mulheres dos grupos I a IV	P	45	64	42%
Taxa de internações em UTI de nascidos vivos para cada 1000	U	35	43	-23%
Taxa de eventos adversos para cada 1000	A	39	37	5%
Grau de satisfação com a equipe	G	88	90	2%
Grau de satisfação com o hospital	H	90	90	0%
Resultado		44,61	68	52%

Fonte e elaboração: o autor

Percebe-se que o IFE do PPA (S) está defasado em 52% do Padrão de Validação Jurídica proposto.

Isso significa que o PPA ainda não está possibilitando a fruição empírica do direito à saúde de modo justo aos titulares deste direito, conforme o Padrão de Validação Jurídica proposto.

E como se pode observar, alguns indicadores de S têm maior discrepância em relação aos parâmetros do PVJ, a expressar a falta de implementação ou efetividade de certos componentes do Programa Parto Adequado.

Nesse sentido, destaca-se que o indicador “E” de (S) teria que se elevar em 156% para atingir o seu parâmetro correspondente do PVJ. Isso indica que a medida relativa ao credenciamento de enfermeiras obstétricas não teve adesão por maior parte das operadoras de planos de saúde, constituindo assim uma falha relevante do Programa.

O mesmo se diga em relação ao indicador R, relativo à implementação de modelos remuneratórios alternativos ao *fee for service*. Foi detectado que apenas 66% das operadoras adotaram ou o modelo de pacote ou o modelo *pay for performance*, a representar uma limitação do Programa Parto Adequado no que se refere a promoção da redução de incentivos econômicos da eleição de cesarianas.

Ainda com relação aos componentes do PPA, a taxa de emprego de métodos de alívio da dor do parto não farmacológicos ainda mostra que a prática ainda não está sendo implementada em 37% dos hospitais participantes.

Noutro passo, no que se refere aos índices de qualidade e efetividade do PPA, cabe destacar a discrepância de 42% entre o indicador P medido no S e o indicado no PVJ. Tal discrepância demonstra que o número de partos normais em mulheres com condições clínicas favoráveis ao procedimento tem de crescer significativamente.

Nesse ponto, cumpre destacar a constatação trazida no estudo “*Fatores associados à preferência por cesarianas*” de Faisal-Cury e Menezes (2006), no sentido de que a preferência por cesariana está em grande medida relacionada ao parto prévio. Caso a tendência se confirme, o aumento da realização de partos normais, principalmente em nulíparas com apresentação cefálica (grupos I e II da Classificação de Robson), repercutirá no aumento de partos normais das próximas gestações, porém em maior prazo.

Os outros índices de efetividade e qualidade medidos em S, quais sejam, o U, A, G e H ou ultrapassaram os respectivos parâmetros ou estão muito próximos, a demonstrar a efetividade e qualidade do PPA nestes aspectos.

Sendo estes os resultados, seguidas das observações feitas, que demonstram o descompasso da fruição empírica do PPA aos parâmetros considerados justos em certos componentes, passa-se ao próximo passo da AJPE, relativo à recomendação de reformas.

### **2.3.11. Elaboração de reformas**

Inobstante as grandes conquistas e o relevante alcance do PPA na promoção de melhores práticas obstétricas no setor suplementar de saúde, constatou-se, através da análise posicional proposta pela AJPE, a necessidade de reformas no que tange àqueles componentes defasados em relação ao PVJ, isto é, o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto, a adoção de modelos de remuneração alternativo ao *fee for service* e o credenciamento de enfermeiras obstétricas por planos de saúde.

No que tange ao uso de métodos não farmacológicos, cogitar-se-ia reforçar a adoção desta medida através de incentivos econômicos para a compra de equipamentos utilizados nesse procedimento, assim como o aumento no alcance de treinamento de equipes médicas. Trata-se de uma medida cuja implementação depende dos prestadores de serviços médicos (hospitais e profissionais), contudo pode ser reforçada com a participação e incentivo das operadoras de saúde.

Em outra frente de ação, recomenda-se que o PPA crie e implemente medidas para fomentar a adoção de modelos de remuneração que instigue as melhores práticas médicas por planos de saúde. Nesse aspecto, convém observar que o modelo *pay for performance* tem se mostrado promissor neste intuito de incentivar o uso de práticas médicas recomendadas clinicamente, com estabelecimento de metas de qualidade (OCDE, 2016; SANTOS; SCHLUCKEBIER, 2017)

Convém já assinalar, que a ANS já vem estudando medidas nesse sentido, como a Certificação de operadoras apoiadoras do PPA.<sup>32</sup>

O PPA também precisa envidar esforços para incentivar o credenciamento de enfermeiras obstétricas pelas operadoras, a fim de que se forme um conjunto de profissionais aptas a trabalhar junto a médicos e hospitais em equipes de atenção ao parto. Esta medida pode constituir um segmento de medição para a Certificação de operadoras apoiadoras do PPA.

Em outra ponta, o PPA, a fim de que se atinja o objetivo proposto pela ANS, tem de focalizar suas ações para o conjunto de mulheres pertencentes aos grupos I a IV da classificação de Robson. Os indícios científicos apontam que este conjunto tem grande proporção de mulheres cujo quadro clínico é propício à realização de partos normais (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016). Para tanto, é necessário, em primeiro lugar, que os hospitais identifiquem as gestações de baixo risco. Em seguida, há de reforçar as medidas do PPA (redução de incentivos, criação de modelos de atenção ao parto) para que os profissionais de saúde não elejam cesarianas antes do tempo, mas estejam à postos para devidamente proceder à realização do parto normal quando necessário.

Para além destas intervenções, recomenda-se a implementação das medidas agrupadas no item 1.3. deste trabalho, a destacar, a elaboração de

---

<sup>32</sup> Ver ANS, 2018a

protocolos assistenciais aos diferentes cenários de gestações, o planejamento terapêutico com a participação de profissionais do pré-natal e da atenção do parto, a implementação de um processo de trabalho com equipes de atenção ao parto e ao pré-natal separadas, a participação de líderes comunitários no encorajamento à realização do parto normal e a realização contínua de auditorias sobre eleições de cesarianas.

Através da implementação de tais reformas, espera-se que o PPA tenha maior impacto e possibilite ainda mais a fruição do direito à saúde de gestantes e parturientes atendidas pelos prestadores de saúde privados do Brasil.

## CONCLUSÃO

A AJPE é uma abordagem jurídica alternativa às análises jurídicas convencionais, com ênfase na efetividade de direitos fundamentais, sob um viés empírico. O pressuposto da perspectiva é a noção de que o direito, como atividade profissional e modo de exercício de autoridade institucional, pode conduzir ao desenvolvimento e à efetiva fruição de direitos subjetivos por seus titulares.

A abordagem apresentada oferece aos operadores do direito meios para se inserirem no debate de proposições de reformas de políticas públicas, para além da análise sobre a coerência formal de normas ou da interpretação da lei em moldes convencionais.

Uma das ferramentas desenvolvidas é a Análise Posicional. Esta análise tem o objetivo de expor possíveis deficiências de determinada política econômica ou pública, em termos de fruição do direito fundamental afetado, e propor reformas corretivas. No presente trabalho, o Programa Parto Adequado conduzido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar foi o objeto da Análise Posicional.

Para tanto, o capítulo 1 apresentou uma revisão bibliográfica de teses e estudos, de modo explicitar causas da prevalência de cesarianas em hospitais, além de possíveis intervenções para reverter esta tendência. O objetivo da seção foi oferecer subsídios para a avaliação, baseadas em evidências científicas, do PPA pelo método da Análise Posicional.

Em seguida, no capítulo 2, foi exposta uma breve contextualização do marco teórico e das propostas da AJPE, com a consequente aplicação do referido método analítico ao PPA.

Após a análise do programa, foi possível constatar algumas deficiências do PPA relativas à baixa aderência de planos de saúde participantes do projeto à adoção de modelos de remuneração alternativos ao *fee for service* e à baixa adesão ao credenciamento de enfermeiras obstetras. Além destas, houve falha na implementação do uso de métodos de alívio da dor do parto em 37% dos hospitais participantes. A análise também destacou que a taxa de cesarianas no grupo de mulheres com gestações de baixo risco ainda está longe da meta proposta pela ANS de 45%.

Considerando esses pontos, o presente trabalho propôs recomendações ao PPA para que as insuficiências fossem supridas, a fim de tornar satisfatória à fruição do direito à saúde das gestantes atendidas por estes hospitais participantes do programa. A implementação pela ANS de incentivos econômicos ou simbólicos (certificação) para a compra de equipamentos e treinamento de pessoal para o uso de métodos não-farmacológicos por hospitais foi uma das sugestões formuladas ao PPA. Ao lado, receitou-se a intensificação de medidas de estímulo ao credenciamento de enfermeiras obstétricas e a modelos de remuneração alternativos ao *fee for service*, como a incorporação de tais critérios no sistema de certificação de operadoras.

Convém assinalar, nesta conclusão, que há campo fértil para enriquecer a Análise Posicional aplicada ao PPA. Outros pesquisadores e estudiosos podem colaborar com incorporação de avaliações sobre outros componentes prestacionais e índices de qualidade não identificados neste trabalho, além propor reformas sobre outros aspectos e deficiências ainda não observadas.

Em verdade, a política de fomento à adoção de boas práticas na assistência obstétrica no setor suplementar de saúde ainda carece de avaliações e estímulos por parte dos atores deste ambiente regulatório, e o debate sobre o aprimoramento de medidas sobre a questão está longe de ser esgotado.

Nesse contexto, espera-se que os operadores do direito estejam atentos às novas análises jurídicas e investigações teóricas, que tendem a se diferenciar e superar o mero formalismo jurídico, para que possam contribuir no debate do aperfeiçoamento desta política pública.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado - fase 1**. Rio de Janeiro, 2016a. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/web\\_total\\_parto\\_adequado.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf)>

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Ficha técnica dos indicadores do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (Ano-base 2016)**, 2016b. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/idss/pqo\\_2017\\_4\\_fichas\\_tecnicas\\_dos\\_indicadores\\_anexo\\_ii\\_errata\\_iii.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo_2017_4_fichas_tecnicas_dos_indicadores_anexo_ii_errata_iii.pdf)>

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **OPERADORAS APOIADORAS FASE 2 NOVAS DIRETRIZES**. Rio de Janeiro, 2018a. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao\\_em\\_saude/parto\\_adequado/monitora-operadoras-apoiadoras-sap.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/parto_adequado/monitora-operadoras-apoiadoras-sap.pdf)>

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Dados agregados 2017**. Rio de Janeiro, 2018b. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao\\_em\\_saude/parto\\_adequado/dados-agregados-2017.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/parto_adequado/dados-agregados-2017.pdf)>

ALMEIDA, S. et al. Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2909–2918, 2008.

ALTHABE, F. et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. **Lancet**, v. 363, p. 1934–1940, 2004.

BRASIL. 24ª VARA FEDERAL DE SÃO PAULO. **Sentença na Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100**São Paulo, 2015.

BRASIL; TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 3ª REGIÃO (TRF3). **Decisão em suspensão de execução de sentença nº 0000858-50.2016.4.03.0000**São Paulo, 2016.

CARDWELL, C. R. et al. Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. **Diabetologia**, v. 51, n. 5, p. 726–735, 2008.

CASTRO, M. F. Análise Jurídica da Política Econômica. **Revista da Procuradoria-Geral do Banco Central**, v. 3, n. 1, p. 17–71, 2009.

CASTRO, M. F. Direito, Tributação e Economia no Brasil: Aportes da Análise Jurídica da Política Econômica. **Revista da PGFN**, v. 1, n. 2, p. 1–32, 2011.

CASTRO, M. F. New Legal Approaches to Policy Reform in Brazil. **Revista de Direito da Universidade de Brasília**, v. 1, n. August, p. 31–61, 2014.

CHAILLET, N.; DUMONT, A. Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: A meta-analysis. **Birth**, v. 34, n. 1, p. 53–64, 2007.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesareana. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 226–232, 2006.

FERREIRA, H. L. P. **Direito, Política Econômica e Globalização: Formação de um debate**. Tese de Doutorado. Programa De Pós-Graduação Em Direito. Universidade de Brasília, 2016.

FESTIN, M. R. et al. BMC Pregnancy and Childbirth Caesarean section in four South East Asian countries: reasons for rates, associated care practices and health outcomes. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 11, 2009.

FREITAS, P. F.; SAKAE, T. M.; JACOMINO, M. E. M. L. P. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 1051–1061, 2008.

HORTA, B. L. et al. Birth by Caesarean Section and Prevalence of Risk Factors for Non-Communicable Diseases in Young Adults: A Birth Cohort Study. **PLoS ONE**, v. 8, n. 9, p. 1–9, 2013.

KHUNPRADIT, S. et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, 2011.

MESQUITA, D. N. et al. Cesarean Section Is Associated with Increased Peripheral and Central Adiposity in Young Adulthood: Cohort Study. **PloS ONE**, v. 8, n. 6, p. 4–11, 2013.

NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: The role of source of payment for childbirth. **Reproductive Health**, v. 13, n. Suppl 3, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **A abordagem do near miss da OMS para a saúde materna**. Montevideu, 2011. Disponível em: <[http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=240:avaliacao-da-qualidade-do-cuidado-nas-complicacoes-graves-da-gestacao-a-abordagem-do-near-miss&Itemid=234&lang=es](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=240:avaliacao-da-qualidade-do-cuidado-nas-complicacoes-graves-da-gestacao-a-abordagem-do-near-miss&Itemid=234&lang=es)>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. **Human Reproduction Programme**, p. 1–8, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Rising caesarean deliveries in Latin America : how best to monitor rates and risks**. Genebra, 2009.

ORSI, E. D. et al. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **Caderno Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2067–2078, 2006.

PIRES, D. et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. 2, p. 191–197, 2010.

RIBEIRO, V. S. et al. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 40, n. 9, p. 1211–1220, 2007.

SAKAE, T. M.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 472–480, 2009.

SANTOS, M.; SCHLUCKEBIER, L. F. S. **Revisão Sistemática: Impacto dos modelos de remuneração no tipo de parto**, 2017. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao\\_em\\_saude/parto\\_adequado/projeto-parto-adequado-apresentacao-marisasantos.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/parto_adequado/projeto-parto-adequado-apresentacao-marisasantos.pdf)>

THE ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Better Ways to Pay for Health Care**, 2016. Disponível em: <[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/better-ways-to-pay-for-health-care\\_9789264258211-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/better-ways-to-pay-for-health-care_9789264258211-en)>

TITA, A. T. N. et al. Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. **New England Journal of Medicine**, v. 360, n. 2, p. 111–120, 2009.

TORRES, J. A. “**Análise da contribuição de um programa perinatal multifacetado para a redução da prevalência de cesarianas em um hospital privado: um subprojeto da pesquisa “Nascer no Brasil”**”. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2014.

VILLAR, J. et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, v. 367, p. 1819–1829, 2006.

YE, J.; ZHANG, J.; MIKOLAJCZYK, R. **Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century : a worldwide population-based ecological study with longitudinal data**. n. October, p. 745–753, 2015.